



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Komunitní přístupy ke zdravotní péči během a po
mimořádných událostech**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:

Ochrana obyvatelstva

Autor: Bc. Barbora Kučerová

Vedoucí práce: Ing. Zuzana Freitinger-Skalická, Ph.D.

České Budějovice 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci, s názvem „*Komunitní přístupy ke zdravotní péči během a po mimořádných událostech*“ jsem vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 9.5.2022

.....

Bc. Barbora Kučerová

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí této diplomové práce paní Mgr. Zuzaně Freitinger-Skalické, Ph.D. za její ochotu, trpělivost, cenné rady, kritické připomínky a odborné vedení mé diplomové práce.

Komunitní přístupy ke zdravotní péči během a po mimořádných událostech

Abstrakt

Tato diplomová práce pojednává o problematice komunitní péče, a to s ohledem na komunitní zdravotní péči během a po vzniku mimořádných událostí.

Teoretická část práce má za cíl seznámit s problematikou komunitní péče obecně. První kapitoly práce jsou věnovány komunitní péči a využití komunitního ošetřovatelství, včetně historie a vývoje komunitní péče nejen na území České republiky. Jsou zde stručně shrnuty instituce, zdravotní a sociální služby v komunitní péči, včetně možnosti využití domácí péče, role komunitní sestry a její zapojení v procesu komunitního plánování. Další podstatnou součástí práce je problematika mimořádných událostí. Je zde definována mimořádná událost jako taková, včetně dělení mimořádných událostí, spolupráce složek IZS, ale především činnost zdravotnické záchranné složky na místě mimořádné události, včetně mimořádné události s hromadným postižením osob a následné zdravotní péči ve zdravotnických zařízeních. Jedním z cílů práce je tedy popsat význam a vliv zdravotníků v péči o pacienty zasažené mimořádnou událostí, kteří se řadí do nějaké komunity. Další kapitoly práce se tedy věnují specifickým komunitní zdravotní péče u seniorů, dětí, osob se zdravotním handicapem, kulturně odlišných skupin – etnických či národnostních menšin, či specifickým poskytování péče z hlediska náboženství.

Praktická část je věnována především kvantitativnímu průzkumu znalostí zdravotníků v problematice komunitní zdravotní péče napříč různými vzděláními zdravotníků a různými pracovními pozicemi. Byla položena výzkumná otázka: „Jaká je informovanost a úroveň zdravotníků v možnosti využití komunitní péče během a po mimořádných událostech?“ Data od respondentů byla získána formou dotazníkového šetření a vyhodnocena pomocí grafů. V dotazníkovém šetření bylo cílem zjistit, zda se vůbec někdy setkali s pojmem komunitní péče a jaké jsou jejich teoretické znalosti v problematice, ale především byly zjišťovány jejich zkušenosti z praxe.

Klíčová slova

Komunita, komunitní péče, komunitní ošetřovatelství, domácí péče, zdravotní péče, mimořádná událost

Community Approaches to health care during and after crisis situation

Abstract

This thesis deals with issues of community care with regard to community health care during and after emergencies.

The theoretical part aims to introduce the general topic of community care. The first chapters of this thesis are dedicated to community care and utilization of community nursing care, including the history and development of community care in the Czech Republic as well as outside its territory. The thesis further provides a summary of institutions, health and social services within community care, including the possibility of home care. It also deals with the role of community nurses and their involvement in the process of community planning. Another important part of this thesis is the issue of emergencies where the term “emergency” is defined, and divisions of emergencies and the cooperation of integrated response system are described. The thesis furthermore concentrates on the procedures of the ambulance service during emergencies including emergencies with polytrauma and the subsequent treatment in health-care facilities. One of the goals of this thesis is to describe the role of medics during emergencies and the role they play in caring for patients coming from different communities. Further chapters deal with specific community health care: elderly people, children, people with disabilities, groups of different cultures – ethnic and national minorities. It also deals with the specifics of providing health care from the point of view of religion.

The practical part is dedicated to quantitative survey of knowledge of medics in issues of community health care across different levels of education and different ranks. A research question was determined: What is the understanding and professional level of medics in the community care setting during and after an emergency? The respondent data was obtained in the form of a questionnaire and results are shown in diagrams. The questionnaires aimed to find out whether the respondents had ever heard the term “community care” and to find out their theoretical knowledge on this issue. However, the main point was to evaluate how vast is their practical experience.

Key words

Community, community care, community nursing care, home care, health care, emergency

Obsah

Úvod	8
1 Současný stav	9
1.1 Komunita	9
1.2 Komunitní péče a komunitní ošetřovatelství	9
1.3 Historie komunitních služeb	10
1.4 Instituce a zdravotní a sociální služby v komunitní péči.....	11
1.5 Role komunitní sestry.....	13
1.6 Komunitní plánování.....	15
1.7 Mimořádná událost a krizová situace.....	17
1.7.1 Mimořádná událost s hromadným postižením osob	18
1.8 Ochrana obyvatelstva	23
1.8.1 Evakuace a přednostní evakuace	23
1.9 Poskytování komunitní a zdravotní péče osobám zasaženým mimořádnou událostí.....	25
1.10 Domácí péče a komunitní péče v rodině.....	29
1.11 Specifika komunitní zdravotní péče u dětí.....	32
1.12 Specifika komunitní zdravotní péče u seniorů	33
1.13 Specifika komunitní zdravotní péče u osob se zdravotním handicapem – tělesné postižení	35
1.14 Specifika komunitní zdravotní péče u osob se zdravotním handicapem – mentálně postižení	36
1.15 Specifika komunitní zdravotní péče u kulturně odlišných skupin – etnické a národnostní menšiny.....	37
1.15.1 Slováci	39
1.15.2 Poláci	39
1.15.3 Ukrajinci	40
1.15.4 Vietnamci.....	41
1.15.5 Číňané.....	42
1.15.6 Romové.....	42
1.16 Specifika komunitní zdravotní péče z hlediska náboženství	43
1.16.1 Křesťanství	44
1.16.2 Svědkové Jehovovi.....	44

1.16.3	Islám	46
1.16.4	Buddhismus	47
1.16.5	Judaismus.....	47
2	Cíl práce a výzkumná otázka	49
3	Metodika	50
1.17	Charakteristika výzkumného souboru	50
4	Výsledky výzkumného šetření.....	52
5	Diskuze	83
6	Závěr	88
	Seznam použité literatury	90
	Seznam použitých obrázků.....	96
	Seznam použitých grafů	97
	Seznam příloh	99
	Seznam použitých zkratk	100

Úvod

Tato diplomová práce pojednává o problematice komunitních přístupů ke zdravotní péči během a po mimořádných událostech. Pojem komunitní péče a komunitní ošetrovatelství není v České republice prozatím tolik známým tématem jako v jiných, především západních zemích. Pod komunitní péčí si musíme představit celé spektrum zdravotních, sociálních i dalších služeb, včetně velkého množství institucí, které se podílejí na poskytování této péče napříč několika obory. Samotnou komunitu lze definovat mnoha způsoby, všechny ale mají své společné znaky. Jedná se o skupinu osob, které mají společný problém. Komunitní péče je výsledkem spolupráce multidisciplinárního týmu složeného nejen z odborníků v oblasti zdravotnictví. Důležitou roli týmu zastávají komunitní sestry, v práci je tedy vysvětleno i to, kdo se stává komunitní sestrou a jaké jsou její úkoly v celém procesu komunitního plánování. Plánování péče má své jasně dané fáze. Ke každému klientovi či celé komunitě je ale vždy nutné přistupovat individuálně. V rámci zásahů u mimořádných událostí se členové IZS mohou setkat se situací, kdy jsou zasaženi členové určité komunity. Pro zdravotníky je pak důležité znát odlišnosti a požadavky na zdravotní péči a znát možnosti dalšího využití komunitní péče v praxi.

Teoretická část práce se proto věnuje specifikům komunitní, především zdravotní péče. Je popsáno fungování domácí péče v rodině, ale také v několika vybraných skupinách, u kterých se v poskytování zdravotní péče často můžeme setkat s odlišnostmi nebo specifickými požadavky dané komunity. Jedná se např. o specifika komunitní zdravotní péče v rodině u osob tělesně a mentálně postižených, u seniorů, dětí nebo u kulturně odlišných skupin, ať už etnických nebo národnostních menšin. Mezi nejznámější etnikum u nás jsou řazeni Romové. Mezi nejpočetnější národnostní menšiny na našem území lze zařadit Slováky, Ukrajince, Vietnamce nebo Čiňany. Důležité je znát například i specifika u jednotlivých náboženských skupin, např. u křesťanství, islámu či judaismu.

Praktická část práce se proto věnuje nejen teoretickým znalostem komunitní péče, ale má za cíl i zjistit, jaké je jejich využití v praxi. Bude tedy zjišťováno nejen, zda se s pojmem komunitního ošetrovatelství zdravotníci setkali, ale například i to, o jaké skupiny obyvatel je pro ně složitější pečovat.

1 Současný stav

1.1 Komunita

Pojem komunita lze definovat vícero způsoby. WHO definuje komunitu jako: „*Sociální skupinu determinovanou geografickými hranicemi a/nebo společnými hodnotami a zájmy. Její členové se vzájemně znají a vzájemně se ovlivňují. Toto je realizováno uvnitř dalších sociálních struktur a projevuje se normami, hodnotami a sociálními institucemi, které vytváří.*“ (WHO, 1974, str. 7). Dále lze komunitu definovat jako: „*Souhrn osob, které žijí v určitém vymezeném prostoru, kde vykonávají každodenní aktivity a obvykle tvoří autonomní jednotku. Je to typ organizace, kde jsou odstraněny vztahy nadřízenosti a podřízenosti, čímž se dosahuje lepší komunikace a spolupráce*“ (Jarošová, 2007, str. 23). Komunitu lze určit jako skupinu jedinců, kteří mají společné zkušenosti, filosofii, víru, morálku, předsudky a zájmy. Jde o geografickou organizaci lidí podle místa, kde žijí a pracují. Jedinci mohou být členy několika komunit současně (Macášková, 2014).

Ač lze komunitu definovat několika mírně odlišnými způsoby, literatura a její autoři se shodují na 3 společných a klíčových prvcích komunity, kterými jsou především lidé, tedy samotní členové komunity. Dále společné geografické nebo časové určení a v neposlední řadě má komunita společnou funkci, společné cíle a aktivity. Klíčovou součástí každé komunity je komunikace pomocí společného jazyka, který slouží jako nástroj k plánování a rozvoji dosahování cílů zaměřených na prospěch celé komunity. Důležitý je ale i rozvoj individuálních schopností jedince v prostředí komunity (Jarošová, 2007). Pojem komunita můžeme chápat různě, často se setkáváme např. s pojmem občanská komunita, která ve společném prostoru vykonává společné aktivity. Nebo terapeutická komunita, tedy určitá forma léčebné instituce, kde se pacienti společně podílejí na léčbě. Nebo např. spirituální komunita, kde lidé sdílí společné ideje náboženského přesvědčení (Sikorová, 2012).

1.2 Komunitní péče a komunitní ošetřovatelství

Pod pojmem komunitní péče si můžeme představit spektrum zdravotních, sociálních i dalších služeb, které jsou poskytovány jak zdravým, tak nemocným občanům, ale i rodinám a skupinám určité komunity. Jedná se o poskytování fyzických, psychologických, duchovních i paliativních služeb, jejichž úkolem je doplnit primární

péči. Komunitní péče se zaměřuje na činnosti vycházející z potřeb skupiny a komunity a přesahuje dělení zdravotní péče pouze na primární, sekundární a terciární (Sikorová, 2012). V celkovém pojetí poskytování komunitní péče není klientem jednotlivec, ale celá komunita. Směřujeme tedy ke zlepšení situace celé komunity na vícero úrovních směrem od jednotlivce ke společenství (Hanzlíková, 2007). Komunitní péče je různorodá oblast ošetrovatelství, kde komunitní sestry často pracují bez přímé podpory ostatních zdravotníků a potřebují nejen vynikající klinické znalosti a ošetrovatelské dovednosti, ale také dovednosti v komunikaci, výzkumu a podpoře zdraví. Je od nich vyžadován specifický soubor znalostí, aby mohly efektivně pracovat v komunitním prostředí bez ohledu na jejich klinické zaměření (Winsome, 2006).

Komunitní péče je v České republice financovaná z největší části ze zdravotního pojištění, ale i ze sociálního pojištění, státního rozpočtu a v neposlední řadě přímé úhrady klienta. V posledních několika letech dochází k rozvoji komunitní a domácí péče. A to především kvůli několika následujícím faktorům. Prvním a zásadním faktorem je čím dál větší nedostatek financí. Výdaje na zdravotní péči neustále rostou. Nelze omezit poskytování péče, ale lze změnit místo pro poskytování, a tím je tedy čím dál častěji péče v komunitě či domácí péče. Druhým z faktorů je celkové stárnutí populace. Dalším faktorem je rozvoj techniky, kdy ještě nedávno byl člověk závislý na používání přístrojové techniky odkázan na pobyt ve zdravotnickém zařízení. Dnes se již můžeme běžně setkat s využitím moderní techniky i v domácím prostředí, např. s umělou plicní ventilací, hemodialyzačním přístrojem nebo inzulinové pumpy a mnoho dalších. Dochází ale také ke změně struktury rodiny. V České republice se v posledních letech výrazně změnilo celkové pojetí tradiční rodiny. Celkově dochází k prudkému nárůstu uživatelů komunitních služeb způsobenému i nárůstem tzv. civilizačních a chronických nemocí (Kovaříková, 2001). Dalším podstatným faktorem je i čím dál větší nedostatek zdravotnického personálu, především zdravotních sester (Divinová, 2020).

1.3 Historie komunitních služeb

Již historicky se setkáváme s potřebou péče o seniory, osoby s tělesným či mentálním postižením a vždy hrála významnou roli v procesu uzdravování a péče rodina. Již v raném středověku vznikaly první církevní instituce, které byly zaměřeny především na pomoc chudým a starým lidem. Později na to vznikají první chudobince, starobince a klášterní a městské ošetrovatelské domy, azyly pro nemajetné chudé či staré osoby.

Ve 12. století začínají církevní řády na českém území zakládat špitály, které mají ale především funkci léčebnou (Lemon, 1996). První klasické nemocnice, kde převažuje léčebná složka, začínají vznikat v průběhu 17. století. Dochází také k prudkému rozvoji přírodních věd a medicíny. Vedle toho ale stále vznikají chudobince a starobince pro nezaopatřené nemohoucí a staré lidi (Haškovcová, 2002). V roce 1633 je v Paříži založena řehole milosrdných sester, což přináší změnu z nemocniční na komunitní ošetrovatelskou péči. V Anglii F. Nightingalová zakládá roku 1859 asociaci obvodních sester, kdy hlavní myšlenkou bylo, že většina dlouhodobě nemocných cítí potřebu, aby jim bylo umožněno poskytování ošetrovatelské péče v domácím prostředí (Hanzlíková, 2007). Zřejmě první přímou komunitně zaměřenou ošetrovatelskou péčí byla v meziválečném období činnost sester československého červeného kříže. Poprvé začala být systematicky prováděna ošetrovatelská a zdravotní služba v rodinách. Byla poskytována jak preventivní péče, tak i léčba a odborná vyšetření (Staňková, 2003). Významnou roli zde zaujímal Roušarová J., která studovala právě v Londýně a získané zkušenosti po návratu aplikovala do naší ošetrovatelské péče. Pracovala v Brně a zastávala funkci vedoucí zdravotní sestry Ošetrovatelské a zdravotní služby v rodinách (Kutnohorská, 2010). Po druhé světové válce u nás došlo k masivnímu rozvoji ústavní péče zaměřené, mimo zdravotní, také na sociální zabezpečení. K výraznému pokroku dochází po roce 1989 se vznikem a rozvojem domácí péče (Jarošová, 2007).

1.4 Instituce a zdravotní a sociální služby v komunitní péči

Jak již bylo zmíněno, pod komunitní péčí si musíme představit celé spektrum zdravotních, sociálních i dalších služeb. Spadá sem tedy celá řada institucí, které se podílejí na poskytování této péče napříč několika obory. Zásadní roli v komunitní péči má ale vždy rodina a přátelé klienta. Zdravotní instituce členíme dle poskytování péče na primární, sekundární a terciární. Primární zdravotní péče, dle WHO, je místo prvního kontaktu s pacientem. Jde o koordinovanou komplexní zdravotně-sociální péči, kterou poskytují zejména zdravotníci. Tyto činnosti mají za úkol podporu zdraví, prevenci, vyšetřování, samotnou léčbu, ale i rehabilitaci. Respektují biopsychosociální potřeby klienta a jsou, pokud možno, uskutečňovány co nejbližší sociálnímu prostředí klienta. Dochází zde i ke spolupráci s dalšími složkami zdravotní péče. V České republice poskytují primární péči především:

- Praktičtí lékaři pro dospělé – poskytují komplexní léčebně preventivní prohlídky.
- Praktičtí lékaři pro děti a dorost – poskytují komplexní léčebně preventivní péči od narození do 19 let věku.
- Agentury komplexní domácí péče – poskytování odborných a specializovaných zdravotních služeb, léčebných, rehabilitačních i ošetrovatelských. Tato péče je poskytována agenturami 24 hodin denně.
- Ambulantní gynekologové – poskytují především prevenci v oboru gynekologie a porodnictví.
- Stomatologové – poskytují především prevenci v oboru zubního lékařství, ale i stomatochirurgie a protetické stomatologie.
- Lékařské služby první pomoci – tedy působení zdravotnické záchranné služby, která slouží k ošetření náhle vzniklých stavů, kdy by odklad poskytnutí zdravotní péče vedl k poškození zdraví či smrti pacienta (Jarošová, 2007).

Sekundární zdravotní péči poskytují zdravotnické instituce jako specializovanou zdravotní péči. Péče může být poskytována i v terénu pomocí ambulantních specialistů. Terciární zdravotní péče následně poskytuje vysoce specializovanou a komplexní péči a patří k finančně nejnáročnějším. Pod terciární péčí si můžeme představit např. transplantační programy či léčbu onkologicky nemocných klientů (Jarošová, 2007).

Mezi další instituce zdravotní a sociální služby v komunitní péči patří komunitní ošetrovatelské ústavy, kde je poskytována ošetrovatelská péče klientům, kterým již nedostačují služby domácí péče vzhledem k jejich zdravotnímu stavu. Jde o stacionáře a centra pro specializovanou péči, tedy centra, která poskytují specifickou zdravotní péči vybraným skupinám pacientů pomocí ambulantní či lůžkové péče. Spadají sem např. rehabilitační centra, centra pro osoby mentálně postižené, osoby s psychiatrickým onemocněním či denní centra pro seniory. Dále pečovatelské služby jako terénní či ambulantní služba, která pomáhá osobám se sníženou soběstačností v zařízení sociálních služeb, ale nejčastěji právě v domácím prostředí. Zaměstnanci, především vyškolené sestry, pomáhají klientům s osobní hygienou, zajištěním stravování a s chodem domácnosti nebo zprostředkovávají kontakt s okolním prostředím. Velmi blízké a podobné této službě jsou osobní asistence, které se snaží klientovi umožnit co

nejdéle setrvat v domácím prostředí a v zapojení do pracovního procesu. Dále sem spadají centra denních služeb a denní stacionáře, tedy ambulantní péče, která pomáhá lidem se sníženou soběstačností. Dále odlehčovací služby, což jsou terénní, ambulantní, ale i pobytové služby pomáhající lidem se sníženou soběstačností, o které je ale běžně pečováno v jejich domácím prostředí. U této služby je dalším cílem umožnit pečujícím osobám čas na odpočinek. Mezi další zařízení patří domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, azylové domy, zařízení pro krizovou pomoc, nízkoprahová centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, terapeutické komunity, sociální poradny, sociálně terapeutické dílny, centra sociálně terapeutických služeb, církevní organizace a další (Jarošová, 2007).

1.5 Role komunitní sestry

Dle zákona č. 201/2017 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) ve znění pozdějších předpisů, bylo definováno vzdělání v oblasti komunitního ošetřovatelství pro nelékařské profese. Za komunitní sestru lze považovat jakoukoli sestru, která poskytuje zdravotní péči i mimo nemocnici a přichází do přímého kontaktu s pacientem v jeho sociálním prostředí, především v rodině. Poskytují především komunitní preventivní zdravotní péči, primární zdravotní péči, může být i komunitní sestra pro určitý region. Dále se můžeme setkat např. s komunitní porodní asistentkou pečující o matku a novorozence, psychiatrické sestry v domácí péči, s genetickým ošetřovatelstvím prováděným sestrami se znalostmi z genetiky, se sestrami ze specializovaných klinik působícími v komunitě, sestrami pečujícími o lidi v terminální fázi života a jejich rodiny (Kovaříková, 2001).

V České republice je komunitní sestra, dle Vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 252/2019 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, sestra se specializovanou způsobilostí. *„Komunitní sestra vykonává činnosti při poskytování primární péče, integrované péče a preventivně zaměřené ošetřovatelské péče o jednotlivce a skupiny osob ve vlastním sociálním prostředí.*

Komunitní sestra může bez odborného dohledu a bez indikace lékaře:

- a) *komplexně analyzovat zdravotní a sociální situaci jednotlivce ve vlastním sociálním prostředí nebo skupiny občanů z hlediska koordinace poskytované zdravotní a sociální péče, všechna vhodná zařízení zdravotní a sociální péče a koordinovat poskytovanou integrovanou péči;*
- b) *komplexně analyzovat zdravotní a sociální situaci pacientů i osob blízkých z hlediska ošetrovatelské péče, realizovat poradenství pro skupinu občanů ve spolupráci s odpovědnými orgány;*

Komunitní sestra může bez odborného dohledu na základě indikace lékaře nebo odborného pracovníka v ochraně a podpoře veřejného zdraví

- a) *v rozsahu své odborné způsobilosti vypracovávat hodnocení zdravotních rizik jednotlivce ve vlastním sociálním prostředí nebo skupiny občanů a sestavovat priority při jejich řešení na základě epidemiologických a statistických dat a výsledků výzkumů,*
- b) *připravovat a organizovat preventivní prohlídky, vyšetření a očkování“ (vyhl. 252/2019 Sb.).*

„Vyhláška MZ ČR č. 252/2019 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků vymezuje i činnosti ostatních pracovníků pro komunitní péči a to §72 činnosti porodní asistentky a §112 činnosti nutričního terapeuta pro komunitní péči. Specializační studium v oboru vzdělání komunitní sestra organizovalo Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. Nařízením vlády z roku 2018 je přímo na komunitní péči zaměřený pouze obor studia pro porodní asistentky – Komunitní péče v porodní asistenci“ (Kovaříková, 2001).

Sestry tvoří největší skupinu zdravotnických pracovníků, proto jsou nástrojem při vytváření poskytování zdravotní péče a jsou jedním z klíčových článků systému, který bude splňovat zdravotně orientované potřeby lidí. Mezi lety 1980 a 2008 se počet sester zaměstnaných v komunitní, zdravotní a ambulantní péči více než zdvojnásobil. Pokles procenta sester zaměstnaných v nemocnicích a následný nárůst sester zaměstnaných v komunitním prostředí naznačuje, že se péče čím dál více orientuje od nemocnic do institucionální péče a zaměřuje se i na podporu zdraví a preventivní péči. Tento posun bude pravděpodobně pokračovat i v budoucnu (Nies, 2015). Stále vyšší odborné znalosti i profesionální dovednosti jsou kladeny na komunitní sestru. Vzhledem k tomu že sestra nepracuje v prostředí jí známém a nemá zdaleka takové materiální, technické, ani

personální zajištění jako v nemocničním zařízení, může být taková práce pro sestru často velmi stresující. Často ale po nějaké době dochází k vybudování dlouhodobých vztahů, vzhledem k častému kontaktu se členy komunity. Vzhledem k multidisciplinárnímu oboru sestra spolupracuje s dalšími lékaři, nelékařskými pracovníky nebo sociálními pracovníky. Sestra musí mít vzhledem k širokému spektru pacientů velmi dobré komunikační schopnosti. Musí být empatická, umět naslouchat a umět zvolit individuální přístup ke konkrétním potřebám klienta. Kromě znalostí odborné zdravotní péče musí sestra ovládat znalosti z oborů sociální psychologie, sociální práce, managementu a dalších. Sestry mají širokou pravomoc plánovat, rozhodovat a rozvíjet zdravotní a komunitní aktivity (Kovaříková, 2001). Komunitní sestry byly zavedeny za účelem koordinace práce multidisciplinárního týmu, který se snaží o zlepšení klinického stavu klienta. Má za cíl zvyšovat spokojenost klientů a zaměstnanců, zkracovat délku pobytu hospitalizovaných pacientů a tím snižovat celkové finanční náklady. Sestra slouží jako stálý kontakt pro klienta, rodinu a zdravotnický tým a také pracuje na podpoře bezproblémové komunikace mezi členy zdravotnického týmu k nastavení dalších kroků k zajištění splnění plánu péče (Doenges, 2014).

1.6 Komunitní plánování

Komunitní plánování je proces zjišťování potřeb členů komunity s cílem hledat řešení, které odpovídá místním podmínkám a potřebám a následně pak utvářet fungující systém zdravotních a sociálních služeb v komunitě. Komunitní plánování začíná vyhledáváním klientů. Klienti bývají často senioři, ale i lidé produktivního věku, jejichž stav vedl k přechodné či trvalé bezmocnosti (Jarošová, 2007). Celý proces ošetřování zahrnuje pět na sebe navazujících fází. Fáze posuzování, následně diagnostika, plánování, realizace a v poslední fázi vyhodnocení (Hanzlíková, 2007).

1. Fáze posuzování – Jako první krok je zásadní provést zhodnocení komunity jako celku. Klíčové je identifikovat a objasnit problém, určit geografické hranice komunity, určit, kteří lidé do komunity spadají a jaké jsou jejich společné charakteristiky. Systematické hodnocení provádí hlavně vyškolené sestry, které objasní problém komunity. Data musí být vždy sbírána systematicky a logicky (Jarošová, 2007). Mezi získávané údaje patří například věk, pohlaví nebo socioekonomický stav, zaměstnanost, vzdělání, možnosti bydlení, příslušnost k rase, natalita, morbidita či mortalita, zdravotní

stav, dostupnost služeb poskytující komunitní péči, činnost dobrovolníků nebo způsob a efektivnost komunikace. Při získávání dat se sestra může ze strany komunity setkat v počátku s nedůvěrou, je tedy vždy nutné pozorně naslouchat a pozorovat komunitu (Hanzlíková, 2007). Shromažďování informací probíhá pomocí dotazníků nebo rozhovorů. K následnému zpracování jsou použita jak data získaná týmem komunitních pracovníků, převážně sestrou od respondentů komunity, tak i data již zjištěná jinou osobou, např. ze zdravotnických dokumentů nebo statistických dat (Jarošová, 2007).

2. Následuje fáze diagnostiky zdraví komunity. Zde se setkáváme především s ošetrovatelskými diagnózami. Ty jsou zaměřeny spíše na jednotlivce než na komunitu. Je ale důležité se zaměřit i na komunitu, kde problém vznikl nebo jeho vznik hrozí (Hanzlíková, 2007).

3. Další fází je plánování komunitní ošetrovatelské péče, která se skládá z určení úkolů aktivit a přiřazení priorit, které povedou k dosažení stanovených cílů. Komunita musí znát své problémy, musí být motivována k řešení problémů a sestra musí mít požadovanou odbornost a být schopna ovlivňovat řešení nastalých problémů (Jarošová, 2007). K dosažení účasti komunity na plánování ošetrovatelské péče musí sestry členy komunity podporovat při vyjádření požadavků, názorů, nápadů a snažit se odstraňovat bariéry. Jsou stanoveny krátkodobé a dlouhodobé cíle, které jsou vzájemně propojeny. Nadále jsou určena dosažitelná a měřitelná kritéria, dle kterých bude probíhat vyhodnocování účinnosti programu. Plán by měl být realistický a je vyžadována vzájemná spolupráce mezi účastníky procesu plánování – komunitou i pracovníky komunitního týmu (Hanzlíková, 2007).

4. Ve čtvrté fázi dochází k realizaci komunitní ošetrovatelské péče, vykonávají se zde naplánované aktivity. Úspěšnost realizace závisí hlavně na připravenosti a ochotě komunity problém řešit a schopnostech sestry problém řešit. Sestra vykonává přímé a nepřímé ošetrovatelské zásahy. Jde o realizaci jednotlivých výkonů, monitorování nebo zabezpečování vhodných pomůcek. Za nepřímé ošetrovatelské zásahy považujeme aktivity, které se týkají klienta, skupiny či komunity, ale nevykonávají se přímo s klientem, v rodě nebo v komunitě. Mezi nejčastější činnosti patří koordinace, edukace, poradenství, vykonávání ošetrovatelských technik, spolupráce s dalšími členy, institucemi a rodinnými příslušníky. Je využíváno především tradičního přístupu péče o zdraví a psychologického přístupu (Hanzlíková, 2007).

5. V poslední páté fázi hodnotí sestra účinek, adekvátnost a vhodnost zvolených aktivit. Sestra srovnává informace o komunitě před začátkem intervencí a po nich (Jarošová, 2007). Jsou zde ale opět zapojeni i členové komunity, kteří vyjadřují své pocity, názory a spokojenost (Hanzlíková, 2007). Zde se ohlédneme již do fáze plánování, kde byly určeny cíle. Na základě jejich dosažení se určuje míra úspěšnosti či neúspěšnosti. Mezi časté příčiny selhání patří nezabezpečení souladu mezi prioritami, cíli komunity a prioritami určené komunitním týmem. Nedostatečná informovanost a podpora cílových skupin, nedostatečná vzájemná informovanost, selhání organizace a koordinace aktivit, selhání při hledání nebo využití technické pomoci, nesprávně definované cíle nebo selhání při vyhodnocování procesu (Rusnák, 1997).

1.7 Mimořádná událost a krizová situace

Pojem mimořádná událost nalezneme od roku 2000 definovanou dle zákona č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému takto: „*Škodlivé působení sil a jevů vyvolaných činností člověka, přírodními vlivy, a také havárie, které ohrožují život, zdraví, majetek nebo životní prostředí a vyžadují provedení záchranných a likvidačních prací*“ (zákon č. 239/2000 Sb.). Mimořádné události dělíme podle vzniku na naturogenní a antropogenní mimořádné události. Naturogenní, tedy přírodní, lze dále členit na abiotické, tedy způsobené neživou přírodou, kam spadají povodně, zemětřesení, sopečná činnost, sněhové kalamity, tornáda či požáry způsobené přírodními vlivy a mnoho dalších. Mezi biotické, tedy způsobené živou přírodou, patří například epidemie – tedy nákaza lidí velkého rozsahu. Antropogenní mimořádné události členíme na technogenní, sociogenní interní a externí a agrogenní MU. Pod technogenní událostí si můžeme představit např. provozní havárie, radiální havárie, únik nebezpečných chemických látek, ale například i dopravní silniční, železniční či letecké havárie a mnoho dalších. Sociogenní MU je například narušení dodávek ropy, elektrické energie či potravin, vody a léčiv. Spadá sem ale např. i narušení funkčnosti informačních systémů, migrační vlny či vojenské MU (Šín, 2017). V souvislosti s tímto pojmem je vhodné definovat krizovou situaci. Krizová situace dle zákona č. 240/2000 Sb., o krizovém řízení je: „*Mimořádná událost podle zákona o integrovaném záchranném systému, narušení kritické infrastruktury nebo jiné nebezpečí, při nichž je vyhlášen krizový stav*“ (zákon č. 240/2000 Sb.). Při provádění záchranných prací při MU je klíčová vzájemná koordinace a spolupráce všech zasahujících složek.

Koordinace složek je postavena na třech základních pilířích. Velitelem zásahu na taktické úrovni, operačním a informačním střediskem na úrovni operační a na strategické úrovni starostou ORP, hejtmanem kraje, v Praze primátorem hl. města Prahy, dále ministerstvem vnitra či ostatních správních úřadů (Šín, 2017).

Na místě mimořádné události zajišťují složky IZS vyproštění osob, poskytnutí první zdravotnické pomoci pomocí triáže s následným transportem zraněných do zdravotnických zařízení za účelem poskytnutí další péče. Vyžaduje-li to událost, dochází i k evakuaci dalších osob. Jestliže se budeme zabývat komunitními přístupy ke zdravotní péči během a po mimořádných událostech, mluvíme o situaci, kde dochází k hromadnému poškození zdraví osob patřící k určité komunitě. Pod takovou událostí si můžeme představit např. situaci, kdy pracujeme s větším množstvím dětí, seniorů, lidí určitého etnika či národnosti nebo náboženského vyznání. Patřili by sem tedy zásahy např. v domově seniorů, školských zařízeních, zařízení pro handicapované a mnoho dalších, kde by situace vyžadovala spolupráci s celou komunitou osob. Musíme si však uvědomit, že v takové situaci je prioritní ošetření zranění a záchrana životů. Následující kapitola bude věnována činnosti ZZS v místě hromadného postižení osob.

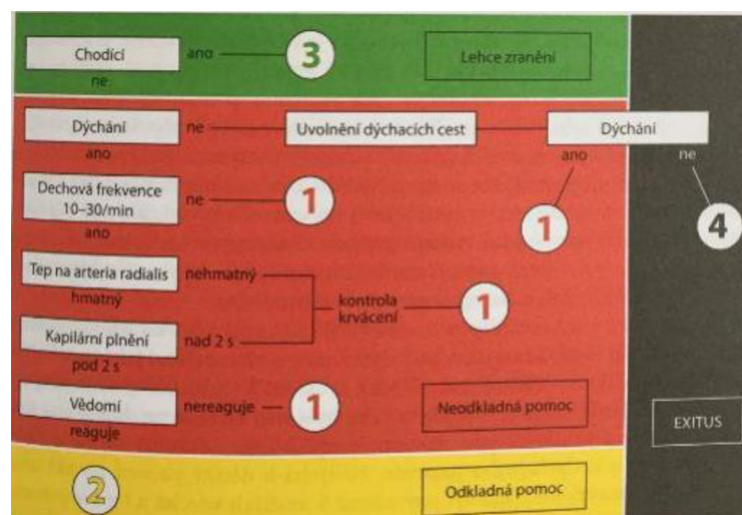
1.7.1 Mimořádná událost s hromadným postižením osob

Mimořádnou událost s hromadným postižením osob lze definovat dle vyhlášky 240/2012 Sb., kterou se provádí zákon o zdravotnické záchranné službě jako: „*místo, kam je pro povahu nebo rozsah události nutné vyslat k poskytování přednemocniční neodkladné péče 5 a více výjezdových skupin současně, nebo místo kde se nachází více než 15 osob postižených na zdraví*“ (vyhláška 240/2012 Sb.). Pro účelné zvládnutí situace a minimalizace následků na zdraví a životech lidí je klíčová návaznost laické první pomoci prováděné nezdravotníky na místě MU, odborné přednemocniční neodkladné péče poskytované členy ZZS a následně nemocniční neodkladné péče. Pro tyto účely musí mít každý poskytovatel ZZS zpracovaný traumatologický plán dle zákona č. 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě, který stanovuje opatření a postupy uplatňované poskytovatelem ZZS při zajišťování a poskytování přednemocniční neodkladné péče v případě hromadných neštěstí. Tento plán má za povinnost aktualizovat minimálně jednou za dva roky. Poskytovatelé jednodenní a lůžkové péče zpracovávají svůj traumatologický plán dle zákona 372/2011 Sb. o zdravotních službách, kde je uveden soubor opatření uplatňovaných při hromadných

neštěstích, opět s nutností aktualizace jednou za dva roky (MZ – traumatologické plány, 2022). Traumatologické plány ZZS a zdravotnických zařízení je možné aktivovat ve čtyřech stupních. První stupeň vyhláší ZOS, pokud bylo postiženo na zdraví maximálně 5 osob, z toho 1-3 osoby jsou zraněny těžce, likvidace zdravotních následků hromadného postižení zdraví vyžaduje současné nasazení sil a prostředků více výjezdových základů ZZS, ale bez nutnosti povolání záloh. Pacienti jsou směřováni do traumacenter a urgentních příjmů nejbližšího zdravotnického zařízení a není potřeba průběžná koordinace zásahu složek IZS velitelem zásahu. Druhý stupeň je vyhlášen ZOS v případě postižení zdraví maximálně 50 osob, likvidace zdravotních následků hromadného postižení zdraví vyžaduje současné nasazení sil a prostředků z více či všech výjezdových základů ZZS v oblasti, ale jen výjimečně mohou být povolány zálohy. Pacienti jsou směřováni do traumacenter a urgentních příjmů několika nejbližších ZZ a je potřeba koordinace společného zásahu složek IZS velitelem zásahu. Třetí stupeň se vyhláší v případě, kdy došlo k postižení zdraví maximálně u 100 osob a likvidace zdravotních následků hromadného postižení zdraví si vyžádá současné nasazení všech dostupných sil a prostředků kraje, je nutné povolání záloh. Postižení jsou směřováni do traumacenter a urgentních příjmů všech nemocnic v kraji a je nezbytná koordinace společného zásahu složek IZS velitelem zásahu. Čtvrtý stupeň je vyhlášen v případě postižení zdraví více jak 100 osob. Likvidace zdravotních následků hromadného postižení zdraví si vyžádá současné nasazení všech dostupných sil a prostředků kraje včetně povolání záloh a vyžádání materiální a personální výpomoci okolních krajů. Pacienti jsou směřováni do traumacenter a urgentních příjmů všech nemocnic v kraji i okolních krajích ve spolupráci koordinace ZOS. Koordinace složek IZS již probíhá také na strategické úrovni, kterou provádí starosta ORP, hejtman, ústřední krizový štáb, Ministerstvo vnitra či Ministerstvo zdravotnictví (Štětina, 2014).

V situaci hromadného postižení osob není prioritní jedinec, ale celek. Není tak v možnostech záchranářů poskytovat všem takovou péči jako např. v situaci nehody o jednom či dvou zraněných. Naopak jde o situaci, kdy je nezbytné poskytnout pomoc co největšímu množství zraněných nebo postižených MU. Organizace činnosti na místě zásahu vychází z vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č 240/2012 Sb., kterou se provádí zákon o ZZS (Šín, 2017). První výjezdová skupina na místě zásahu sděluje tzv. situační zprávu Zdravotnickému operačnímu středisku, kde upřesní informace z místa zásahu. Upřesňuje např. přesnou pozici místa události, typ události, možná rizika, příjezdové

trasy, přibližný počet postižených nebo přítomné a potřebné prostředky ZZS (Remeš, 2013). Následuje třídění zraněných, ošetření a cílený odsun pacientů do zdravotnických zařízení. V místě MU s hromadným postižením osob je činnost zdravotnické složky organizována v rámci třídicích skupin, skupin přednemocniční neodkladné péče a skupiny odsunu, kdy činnost zdravotnické složky organizuje vedoucí zdravotnické složky, kterým musí být lékař vyškolený pro tyto účely a který spolupracuje s velitelem zásahu. V případě velkého počtu raněných vůči počtu zasahujících zdravotníků probíhá třídění a následné ošetření metodou START (Simple Triage and Rapid Treatment). Tato metoda je určena pro všechny zasahující složky včetně vyškolených hasičů a policistů. Může být využita i zdravotníky. Dle naléhavosti jsou prováděny pouze jednoduché, ale život zachraňující úkony jako uvolnění dýchacích cest nebo zástava masivního krvácení. Metoda je prioritně zaměřena na rychlost, kdy na ošetření a třídění pacienta má záchránce cca 10 sekund, čímž je docíleno záchrany co největšího množství raněných. Pacienti jsou při třídění metodou Start rozdělováni do čtyř skupin. Nerozlišujeme mezi dětským či dospělým pacientem, odlišný je pouze postup třídění zohledňující věk. Pro děti využíváme tzv. systém JumpSTART, který je mírně odlišný (Šin, 2017). Viz obr. 1 – Metoda START.



Obrázek 1- Metoda START (Zdroj: Šin, 2017, str. 137)

- Priorita I (označení červené barvy) – Do této kategorie jsou zařazeni pacienti se selhávajícími životními funkcemi vyžadující co nejrychlejší lékařské přetřídění a dopravení na stanoviště přednemocniční neodkladné péče a odsun do zdravotnického zařízení k poskytnutí následné život zachraňující péče.

- Priorita II (označení žluté barvy) – Do této kategorie jsou zařazeni imobilní pacienti, kterým zatím neselhávají životní funkce a jejich ošetření je možné na nějaký čas odložit.
- Priorita III (označení zelené barvy) – Sem se řadí všichni chodící pacienti.
- Priorita IV (označení černé barvy) – Sem řadíme veškeré pacieny, kteří spontánně nedýchají a ani po záklonu hlavy nezačnou spontánně dýchat. V ten čas nezahajujeme KPR a pacient je prohlášen za mrtvého (Šín, 2017).

Následuje lékařské třídění dle identifikačních a třídících karet lékařem nebo vyškolenými nelékařskými pracovníky. Dochází zde k přesnější diagnostice, určení priority ošetření a priority odsunu. Čas na jednoho pacienta by neměl přesahovat 2 minuty. Po vyplnění údajů je tato karta ponechána s pacientem po celou dobu dalších záchranných prací i transportu do ZZ. Na přední straně karty je zhodnoceno v oddílu Diagnóza vědomí (GCS), oběh (frekvence/min a hmatný puls na a. radialis značí také minimální hodnotu 90 torrů systoly) a dýchání (frekvence/min). Dále zapíše diagnózu a do nákresu osoby značí pomocí znaků druh a umístění poranění. V oddílu Třídění je následně označen výsledek třídění a následná priorita terapie a odsunu (Štětina, 2014). Viz obr. 2 - Třídící a identifikační karta.

Obrázek 2- Třídící a identifikační karta (Zdroj: Štín, 2017, str. 137)

- I. Přednostní terapie (červená) – Vyžaduje okamžité zajištění životních funkcí nebo zabránění jejich hrozícímu selhání, ale nikoli KPR. A dále jednoduché, život zachraňující výkony jako zajištění zevního krvácení, drenáž hrudníku při pneumotoraxu nebo zajištění dýchacích cest při poruchách dechu způsobených úrazem či polohou nebo ošetření kraniocerebrálního poranění s poruchou vědomí.
- IIa. Přednostní transport (červeno-žlutá) – Poranění určená k časnému ošetření, kterými jsou např. úrazy břicha a hrudníku, vnitřní krvácení, poranění velkých cév, poranění páteře nebo otevřené zlomeniny kostí a kloubů.
- IIb. Transport k odložitelnému ošetření (žlutá) – Takto označení pacienti jsou transportováni po předchozí skupině např. s poraněním oka, s rozsáhlým poraněním měkkých tkání, s popáleninami 15-30 % povrchu těla nebo zavřenými zlomeninami.
- III. Lehce ranění (zelená) – Tito pacienti jsou transportováni do ZZ po předchozích skupinách. Možná poranění mohou být drobné popáleniny,

nekomplikované zlomeniny, lehké úrazy hlavy, zhmožděniny nebo menší tržné rány.

- IV. Mrtví (černá) – Již nevyžadují zdravotnickou pomoc, je ale nutné je evidovat, identifikovat a shromažďovat na určené místo (Štětina, 2014).

1.8 Ochrana obyvatelstva

V České republice definujeme ochranu obyvatelstva zákonem 239/2000 Sb. o integrovaném záchranném systému. Jedná se o soubor činností a postupy, které vedou k minimalizaci následků mimořádných událostí a snížení dopadů na životy a zdraví zasažených obyvatel. Dle tohoto zákona je ochrana obyvatelstva chápána jako plnění úkolů civilní ochrany s důrazem na varování, evakuaci, ukrytí a nouzové přežití obyvatelstva zasaženého MU. V případě hrozící nebo již existující mimořádné události vše začíná procesem vyrozumění. Vyrozumění je souhrn technických, organizačních a dalších opatření, která vedou k zabezpečení včasného předání informací řídicím orgánům složek IZS a dalším orgánům, které se podílejí na řešení MU a předávání informací mezi těmito subjekty navzájem. Cílem je tedy jak rychlá aktivace osob určených pro řízení a provádění preventivních činností, tak i opatření odstraňování následků vzniklých mimořádnou událostí. Dále nastává proces varování, kdy příslušné orgány po vyrozumění a vyhodnocení situace předávají informace vhodnou formou obyvatelstvu. Cílem je zamezit poškození zdraví, ztrátám na životech nebo i omezení materiálních škod. Varovné informace jsou sdělovány obyvatelstvu buď verbálně, zvukovým znamením, optickým znamením nebo kombinovanou formou, která je zaměřena především na osoby se smyslovým handicapem. Po zaznění varovného signálu by mělo obyvatelstvo respektovat varovné informace získané z oficiálních zdrojů. Nezbytné je situaci nepodceňovat, ale také nepanikařit a v rámci svých možností pomoci ostatním obyvatelům, především dětem, seniorům, nemocným, handicapovaným a dalším osobám vyžadujícím pomoc při zvládnutí krizové situace (Šin, 2017).

1.8.1 Evakuace a přednostní evakuace

Evakuace jako jeden ze základních způsobů ochrany obyvatelstva, zabezpečuje přemístění obyvatelstva, zvířat, ale i kulturně cenných předmětů, technického zařízení a materiálu nebo nebezpečných látek z míst ohrožených MU do bezpečných míst, kde

je zajištěno nouzové ubytování a stravování pro osoby a zvířata nebo do míst bezpečných pro uskladnění materiálních věcí. Vždy je prioritní záchrana životů (Štětina, 2014). Dle několika hledisek lze dělit evakuaci dle rozsahu opatření, doby trvání nebo druhu ohrožení a způsobu realizace. Dle rozsahu dělíme evakuaci na objektovou a plošnou. U objektové evakuace jde o evakuaci osob z jedné budovy nebo malého počtu obytných budov, správních budov nebo technických provozů. Oprávnění rozhodnout o evakuaci přísluší orgánům vymezených dle zákona č. 239/2000 Sb., o IZS, zákonem č. 133/1985 Sb., o požární ochraně a zákonem č. 273/2008 Sb., o PČR. O plošné evakuaci mluvíme v případě evakuace části nebo celého územního celku. Vymezení oprávnění rozhodnout o evakuaci vychází ze zákona č. 239/2000 Sb., o IZS, zákonem č. 240/2000 Sb., o krizovém řízení (Šin, 2017). Dle doby trvání dělíme evakuaci na krátkodobou, nevyžadující dlouhodobé opuštění domova a není potřeba zajištění náhradního ubytování, pouze nouzové přístřeší se zajištěním zajištění nápojů, potravin, tepla nebo základní hygieny, a dlouhodobou. Při dlouhodobé evakuaci delší než 24 hodin pro osoby, které nemají možnost vlastního náhradního ubytování, je nutné zajistit nouzové ubytování v potřebném rozsahu, případně ukrytí a zajištění prostředků individuální osobní ochrany. V závislosti na druhu ohrožení dělíme evakuaci obyvatelstva na evakuaci přímou, která je prováděna bez předchozího ukrytí, a evakuaci nepřímou, prováděnou s předchozím ukrytím po snížení prvotního nebezpečí. Poslední zásadní dělení je dělení dle způsobu realizace na evakuaci samovolnou a řízenou. Při samovolné evakuaci není proces řízen. Osoby se přemísťují vlastními dopravními prostředky nebo pěšky. A dále evakuaci řízenou orgány odpovědnými a pověřenými za evakuaci prostřednictvím vlastních dopravních prostředků, pěšky nebo prostředky hromadné dopravy, kterou zajišťují pracovní orgány pověřené řízením evakuace (Štětina, 2014). Při plošné evakuaci je mimořádnou událostí ohrožen větší územní celek a zpravidla nelze adekvátní ochranu osob zajistit jiným způsobem. Zpravidla se jedná o dlouhodobou evakuaci. V počátku je nutné určit evakuační zónu a tzv. evakuační trasu, tedy cestu vyhrazenou k evakuaci a zajistit uzávěry pro zabránění vstupu nepovolaným osobám do evakuační zóny. Následně je určeno místo shromažďování uvnitř nebo vně evakuační zóny, odkud je zajištěno přemísťování do evakuačního střediska, kde dochází k zaevidování evakuovaných osob a následného přemístění do přijímacích středisek, kde jsou evakuovaní informováni a přerozdělováni do cílových míst s možností nouzového ubytování. Místem nouzového ubytování je zpravidla objekt nebo zařízení,

předem často smluvně zajištěné. Každá z evakuovaných osob by měla být vybavena evakuačním zavazadlem (Folwarczny, 2006).

Důležité legislativní informace nalezneme ve vyhlášce č. 380/2002 Sb., Vyhláška Ministerstva vnitra k přípravě a provádění úkolů ochrany obyvatelstva. Vyhláška mimo jiné obsahuje v části čtvrté (§ 12 - § 14) - způsob provádění evakuace a jejího všestranného zabezpečení. Najdeme zde uvedeny zásady zabezpečení evakuace, orgány pro řízení evakuace, ale především způsob provádění evakuace, kde je mimo jiné řečeno: „*Evakuace se vztahuje na všechny osoby v místech ohrožených mimořádnou událostí s výjimkou osob, které se budou podílet na záchranných pracích, na řízení evakuace nebo budou vykonávat jinou neodkladnou činnost; přednostně se plánuje pro následující skupiny obyvatelstva*

- a) děti do 15 let,*
- b) pacienty ve zdravotnických zařízeních,*
- c) osoby umístěné v sociálních zařízeních,*
- d) osoby zdravotně postižené,*
- e) doprovod osob uvedených v písmenech a) až d)“ (Vyhl. 380/2002 Sb.).*

1.9 Poskytování komunitní a zdravotní péče osobám zasaženým mimořádnou událostí

Pomoc osobám zasaženým mimořádnou událostí poskytují kromě základních složek IZS i další složky nebo organizace. Složky IZS zajišťují především provedení záchranných a likvidačních prací. Další pomoc přichází dle typu události v závislosti na jejím rozsahu a trvání. Především u rozsáhlejších MU se kromě složek IZS zapojují do pomoci obce, kraje, ale i další státní a nestátní organizace včetně neziskových organizací a dobrovolníků. Komunitám lidí zasažených MU je poskytována humanitární pomoc zajišťují především prostředky pro nouzové ubytování a přežití, prostředky pro zajištění základních lidských potřeb jako je voda, potraviny a základní hygienické potřeby. V rámci péče je samozřejmě poskytována i zdravotnická a psychosociální pomoc. Psychosociální pomocí se snažíme docílit zjistit potřeby zasažených osob, a to v oblasti tělesné, duševní, sociální i duchovní. Veškeré jednání musí být souladu s hodnotami zasažených jedinců. V počátku psychosociální pomoci je poskytována především první psychická pomoc a krizová intervence s cílem stabilizace psychického

stavu zasažených osob, aby nedocházelo ke zhoršování situace a byly zajištěny základní lidské potřeby včetně podpory pocitu bezpečí, než dojde k předání zasažených do další odborné péče. Pod krizovou intervencí si představujeme pomoc osobám v situaci, kterou vnímají jako zátěžovou, ohrožující, která se objeví nečekaně. Tato pomoc je zajišťována především členy složek IZS, především psychology složek IZS a speciálně vyškolenými pracovníky, členy posttraumatických intervenčních týmů HZS a krizovými interventy PČR. Přimo v místě MU dochází k první psychosociální pomoci, kdy je navázána spolupráce mezi obcemi, místními organizacemi i nestátními neziskovými organizacemi s cílem vyhledávání a zajišťování základních potřeb zasažených osob (PČR – pomoc zasaženým osobám, 2021).

Existuje mnoho organizací, které poskytují pomoc i osobám zasaženým mimořádnou událostí. Mezi nejznámější patří organizace ADRA, Bílý kruh bezpečí, Český červený kříž, České sdružení obětí dopravních nehod, Člověk v tísni, Diakonie ČCE, Dlouhá cesta, Charita, Asociace občanských poraden, Probační a mediační služba a další.

Mezi jednu z největších organizací patří mezinárodní humanitární organizace ADRA – Adventist Development and Relief Agency, která byla založena ve Spojených státech amerických roku 1956 a dnes její působnost zasahuje do více než 130 států po celém světě. V České republice funguje od roku 1992 a dnes patří mezi největší organizace poskytující humanitární a sociální pomoc. Činnost společnosti je dnes zaměřena především na pomoc při mimořádných událostech a na pomoc zasaženým obyvatelům navrátit se do běžného života pomocí poskytovaných zdrojů. S pomocí koordinace složek IZS poskytují okamžitou pomoc zasaženým osobám mimořádnou událostí pomocí komunitních, intervenčních a psychosociálních týmů pomocí celé řady psychologů a sociálních pracovníků. V místě mimořádných událostí a katastrof organizují projekty na podporu vzdělání, zajištění potravin, vody, zdravotní péče i rozvoje infrastruktury (ADRA, 2022). ADRA pomáhá v ČR již 30 let a provozuje zde 15 dobrovolnických center s několika stovkami dobrovolníků. Finanční i materiální prostředky na zajištění pomoci lidem v nouzi získávají od dárců ze strany široké veřejnosti, firem, státních institucí nebo nadací, např. pomocí veřejných sbírek, které pomáhají těm, kteří se vlivem obtížných životních situací ocitli bez domova, obživy, přístupu ke vzdělání nebo situaci ohrožující jejich zdraví. Příčin, kdy se lidé ocitají v takových situacích, je mnoho. Mezi nejčastější ale patří povodně, zemětřesení, válečné

konflikty a další těžké životní situace (ADRA, 2022).

Další organizací je Bílý kruh bezpečí založený v roce 1991. Poskytuje komplexní pomoc obětem trestných činů nebo domácího násilí především v otázkách psychologického a sociálního poradenství, právní informace i praktické rady a informace. Poskytovaná pomoc musí respektovat individuální potřeby oběti a její osobnost. Pomoc poskytují odborně způsobilí poradci, především právníci, psychologové a sociální pracovníci. Pomoc BKB je poskytována pomocí nonstop telefonní linky, celostátní sítě poraden, centrály BKB v Praze, Intervenčního centra v Ostravě a sociálních pracovníků. Po kontaktování BKB je cílem organizace zajistit bezpečný prostor a podporu při sdělování emocí a možnost znovuoobnovení pocitu bezpečí, prověření základních potřeb v otázce zdraví, bydlení, financí, zaměstnání a pomoci s hledáním potřebných zdrojů. Dále především předání srozumitelných informací o právech obětí trestných činů a rady, jak na tato práva dosáhnout a první nezbytné kroky k nápravě škod, včetně informování o navazujících službách nebo zprostředkování takové služby (BKB, 2022),

Společnost Český červený kříž je další humanitární společností, která působí na území ČR. ČČK je součástí mezinárodního Červeného kříže. Za člena mezinárodní federace Červeného kříže a Červeného půlměsíce byl přijat 25.10.1993. Společnost působí především v oblasti humanitární, sociální, zdravotní a zdravotně-výchovné. Působí v oblasti civilní obrany a ochrany obyvatelstva a poskytuje pomoc v případech katastrof a jiných mimořádných událostí. Také poskytuje zdravotnické, záchranné, sociální a další humanitární služby a působí jako uznaná pomocná organizace vojenské zdravotnické služby a také spolupracuje s poskytovateli zdravotní péče (ČČK, 2022).

České sdružení obětí dopravních nehod založené roku 2004 poskytuje morální podporu a podporu zájmů a práv lidem poškozeným při dopravních nehodách a pozůstalým. Mezi další činnosti patří preventivní činnosti snižovat počet mrtvých a těžce zraněných na silnicích a zvyšovat bezpečnost silničního provozu, komunikace s médií při různých příležitostech týkající se tematiky dopravních nehod a jejich následků. Mezi známé projekty nebo aktivity patří např. projekt Nemyslíš, zaplatíš, podpora pozůstalých dětí, Světový den obětí dopravních nehod a další. Pomoc může být poskytována všem zasaženým, kteří se stali oběťmi dopravní nehody včetně členů rodiny. Toto sdružení je schopno poradit, jak postupovat po dopravní nehodě, při styku s policií, soudy,

pojišťovny a dalšími institucemi nebo s médii. A následně zajistit morální a psychickou podporu po prožitém traumatu zprostředkováním kompetentní psychosociální a právní služby. ČSODN spolupracuje s řadou organizací na státní i neziskové úrovni včetně médií, což umožňuje vzájemnou informovanost mezi jednotlivými organizacemi a veřejností, ale také propojenost souvisejících a navazujících odborných i občanských služeb (CSODN, 2022).

Nezisková organizace Člověk v tísni pomáhá především v odvětví humanitární a rozvojové pomoci ve světě, podpoře lidských práv, ale i v oblasti sociální práce a dalších aktivit na území ČR lidem, kteří se ocitli v tíživé sociální situaci. V rámci poradenské služby poskytuje jednotlivcům i rodinám, kteří se ocitli ve složité sociální situaci různé, typy sociálních služeb jako terénní sociální práce, odborné sociální poradenství, sociálně aktivizační služba pro rodiny s dětmi, kariérní poradenství, nízkoprahová centra pro děti a mládež, dluhové poradenství, pomoc obětem trestných činů nebo resocializační programy. Cílem je nejen okamžitá pomoc, ale i získávání potřebných znalostí a dovedností, aby lidé získali důvěru ve vlastní schopnosti a dokázali si své záležitosti v budoucnu zorganizovat sami. Společnost vznikla v roce 1992 s cílem pomáhat v krizových oblastech a podporovat respektování lidských práv ve světě. Dnes se jedná o jednu z největších neziskových organizací ve střední Evropě (Člověk v tísni, 2022).

Další z organizací je Diakonie ČCE, která poskytuje sociální, zdravotní a vzdělávací služby a pomáhám lidem v nepříznivých životních situacích, organizuje humanitární pomoc v ČR a rozvojovou spolupráci v zahraničí nebo pomáhá cizincům v ČR. Činnost organizace je velmi různorodá, mezi služby diakonie patří např. azylové domy, centra denních služeb pro lidi s postižením, centra denních služeb pro seniory, denní stacionáře pro lidi s postižením a seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením a seniory, domovy se zvláštním režimem, domovy na půl cesty, hospicová péče, humanitární pomoc, chráněné bydlení, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, odlehčovací služby, ošetrovatelská a pečovatelská služba, osobní asistence, práce s migranty, občanské poradny a odborné sociální poradenství a mnoho dalších. Zřizovatelem je Českobratrská církev evangelická (Diakonie ČCE, 2022). Pro podporu rodin, ve kterých zemřelo dítě v jakémkoliv věku a z jakékoliv příčiny, vznikl roku 2005 spolek Dlouhá cesta. Cílem spolku je umožnit setkávání lidí, které spojuje stejný problém. Činnost je uskutečňována

převážně díky dobrovolníkům, externím spolupracovníkům, finančním partnerům, dárcům a sponzorům (Dlouhá cesta, 2022). Charita – Česká republika je další dobročinná organizace s celostátní strukturou a je největším nestátním poskytovatelem sociálních i zdravotních služeb. Činnost organizace je zaměřena na pomoc lidem v tíživé sociální situaci, zdravotně postiženým a dlouhodobě nemocným, umírajícím, obětem domácího násilí, lidem postiženým živelnými katastrofami nebo válečným konfliktem. Pomáhá v České republice i v zahraničí v rámci humanitární pomoci nebo při integraci cizinců. Dále pomáhá při mimořádných událostech, jako jsou povodně a další (Charita Česká republika, 2022).

1.10 Domácí péče a komunitní péče v rodině

Nejen fyzické, ale i psychické zdraví má zásadní vliv na průběh onemocnění. Pokud je naše psychika vystavena stresu nebo depresím, naše tělo na to reaguje i na úrovni fyzického zdraví a obranyschopnosti organismu. Je jasné, že v průběhu nemoci vyhledáváme prostředí, které nám dává pocit bezpečí, naděje a pohody. Toto nám poskytuje pro nás známé prostředí, tedy domov. Naopak negativně naši psychiku ovlivňuje neznámé prostředí, které v nás právem vzbuzuje nejistotu. Pro většinu lidí je takovým prostředím právě prostředí nemocničních zařízení, kde je narušen náš běžný režim, a především kontakt s blízkými či rodinou. Naštěstí se nacházíme v době, kdy jsme schopni poskytovat určitou lékařskou a ošetrovatelskou péči v prostředí domova, tedy v prostředí pro nás známém. Vyškolený personál z řad sester, lékařů i dalších odborníků je schopen poskytovat zdravotní péči, a to i s potřebným technickým vybavením, jako např. vybavením přístrojovým. Domácí péče je určena všem klientům bez omezení věku či diagnózy včetně dětí, seniorů i lidem v paliativní péči. Zda může být klient v domácí péči rozhoduje vždy ošetřující lékař, který posuzuje zdravotní stav klienta (Misconiová, 1996).

Domácí péči můžeme označit jako součást primární péče doplněnou o další formy péče, kam spadá jak ambulantní lékařská péče, ošetrovatelská péče, tak i sociální péče včetně laické pomoci a pomoci rodiny. V době ohrožení stability či působením negativních vlivů, vnitřních či vnějších, má komplexní domácí péče za cíl uspokojení všechny biopsychosociální nebo duchovní potřeby jedince a komunity. Je tedy orientována na podporu a udržení zdraví i prevenci nemocí. Zásadní je organizovaná spolupráce všech zapojených subjektů, kterých se život jedince a komunity dotýká. Komplexní domácí

péče je aktivní a kvalitní pomoc ve vlastním sociálním prostředí jedince probíhající nepřetržitě, je tedy poskytována 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Nedílnou součástí péče o klienta je spolupráce s rodinou a multidisciplinárním týmem. Především u klientů dlouhodobě nebo chronicky nemocných je rodina po zácvičku zkušenou sestrou schopna provádět i odborné výkony. Složení multidisciplinárního týmu je založeno na aktuálních potřebách klienta od těch základních až po superspecializovanou péči, kam řadíme především následující oblasti: Odbornou zdravotní péči, jejíž rozsah je závislý na indikaci ošetřujícího lékaře. Jde především o léčebnou, rehabilitační nebo ošetrovatelskou péči. Dále poskytnutí sociální péče, kam můžeme zařadit řešení sociálních problémů, např. sociálních dávek. Poslední součástí je laická péče zahrnující péči rodinných příslušníků, blízkých i dobrovolníků. Každý z pacientů má právo na zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky (Misconiová, 1996). V domácí péči je důležitá komunikace lékaře s pacientem a rodinou. Pacientovi musí být podáno přiměřené množství informací, se souhlasem pacienta také jeho rodině. U pacientů trpících psychickou dekompenzací, duševním onemocněním nebo pokud se musí vyrovnávat s vícero traumatickými situacemi v krátkém časovém období, je třeba informace podávat opatrně po konzultaci s rodinou a psychologem. Stále je ale třeba postupovat v zájmu pacienta a teprve poté přihlížet k přáním rodiny. Při rozhovoru s rodinou bez přítomnosti pacienta je třeba nejprve představit účastníky rozhovoru a definovat cíl setkání. Následně si ujasnit, co rodina ví o stavu pacienta a co očekává od setkání a následného poskytování péče. Dále lékař musí jasně popsat klinický stav nemocného a zjistit obavy členů rodiny spojené s nemocí a léčbou. Lékař se dále snaží od rodiny zjistit hlavní hodnoty rodiny a především pacienta, které ovlivní rozhodování rodiny. Může být položena např. otázka: „Jak by si to přála vaše matka, kdyby tu s námi teď seděla a mohla se sama rozhodnout?“ Ač je tato otázka pro příbuzné často velmi těžká, pomáhá definovat to nejlepší v zájmu pacienta. Dle vyhodnocení se stanovuje nejlepší možná léčba a péče, která je nabídnuta příbuzným (Bednařík, 2020). Struktura, funkce a procesy každé rodiny jsou ovlivňovány jednotlivými členy rodiny, zdravotním stavem nemocného člena i celkovým zdravotním stavem celé rodiny. Porozumění rodinám jako celku umožňuje zdravotní sestře zhodnotit zdravotní stav rodiny a zjistit vliv jednotlivých členů na chod celé rodiny (Kaakinen, 2009).

Základem jsou agentury domácí péče, které mohou být státním i nestátním

zdravotnickým zařízením. První agentury domácí péče v České republice začaly vznikat v březnu roku 1990 a vzniklo středisko ošetrovatelské péče České katolické charity. V roce 1992 byla založena skupina pro podporu a rozvoj domácí péče v České republice a o rok později vznikla Asociace domácí péče sdružující sestry, lékaře, sociální pracovníky, psychology, ale i další personál podílející se na komplexním poskytování domácí péče. Agentury domácí péče poskytují odbornou zdravotní péči, která zaujímá přes 80 % formy péče, následuje sociální péče, která zaujímá asi 12 % péče a zbývající formu péče zaujímá laická péče (Misconiová, 1996).

V souvislosti s onemocněním se mohou lékaři setkat s pacienty, u kterých bude komplikovanější komunikace nebo bude nutné řešení neočekávaných problémů. Jakékoliv řešení problémů je proces analyzování a poznávání problému, kdy musí být stanoveny příčiny a navrženo řešení problémů, které povede k jejich vyřešení a zabránění jejich opakování. Problémy je vhodné umět předvídat (Amstrong, 2015). U pacienta, který se právě dozvěděl svou diagnózu, prognózu či informace o léčbě, lékař očekává reakci či zpětnou vazbu. Stává se ale, že pacient mlčí a nereaguje. Důvodů může být celá řada. Pacient může být v šoku, bojí se promluvit, neví, na co se má zeptat nebo nerozumí tomu, co lékař řekl, přemýšlí nad tím, co lékař řekl nebo je zmatený ze svých pocitů, může také kontrolovat své emoce, např. když se nechce rozplakat před lékařem nebo přemýšlí o své budoucnosti. V tuto chvíli by měl lékař několik vteřin počkat, udržovat oční kontakt a dát prostor pacientovi se zapojit do rozhovoru. Pokud pacient stále mlčí, může lékař popsat, co právě vnímá. Dává tím pacientovi najevo, že ho vnímá, ale zároveň že neposuzuje. Dává tak pacientovi svobodu v projevení toho, co prožívá, čímž se prohlubuje důvěra. Dále by se měl lékař zeptat, co se v pacientovi děje a co prožívá např. otázkou: „Na co myslíte?“ Často tuto otázku pacienti očekávají a poté začnou mluvit o svém prožívání. V neposlední řadě je důležitý projev empatie, dát pacientovi najevo, že ho vnímáte a pacient tak vnímá váš zájem. Podobný mlčícímu pacientovi je pasivní pacient, který může mít pasivní přístup daný temperamentem, zvyky pacienta, které jsou dané výchovou nebo životním stylem. Dále také očekáváním vyplývajícím např. z kulturních zvyklostí, kdy pacient vychází z představy, že lékař je ten, kdo se má starat, a pacient se má řídit tím, co lékař řekl. Takový pacient je spolupracující a naslouchá. Problém nastane v situaci, kdy lékař potřebuje pacientovo vyjádření, aktivní spolupráci nebo vyjádření. Pacienta je vhodné motivovat ke spolupráci. Je třeba definovat roli lékaře a definovat roli pacienta a ptát se na jeho názor.

Při komunikaci s takovým pacientem je důležité dávat prostor na otázky a chválit ho za jeho aktivní přístup. Komplikovanější komunikace nastává v případě agresivního pacienta, který své agresivní chování projevuje verbálně používáním ironie, obviňování, kritizováním nebo odmítáním léčby, ale i neverbálně, např. křikem a tělesným neklidem. Cílem takového chování je obrana sebe samého při pocitu ohrožení spojená se silnými emocemi za účelem zastrašení. Pro zklidnění situace musí lékař zachovat klid a nereagovat útočně, projevit porozumění a nevytvářet nátlak na pacienta, aktivně projevovat empatii a dát čas pacientovi na uklidnění (Bednařík, 2020).

1.11 Specifika komunitní zdravotní péče u dětí

Jakékoli účinky krizové situace či nemoci působící na organismus dítěte se promítají do celé osobnosti dítěte. Každé dítě prožívá svou nemoc jinak a jinak si ji uvědomuje. Dítětem rozumíme novorozence, kojence, batolata, děti předškolního i školního věku, přes pubertu a dospívání. Každé z těchto období nese svá specifika. Často vlivem hospitalizace dochází k omezení pohybu, izolaci od kamarádů nebo odloučení od rodiny. Záleží vždy na osobnosti daného pacienta, jak bude danou situaci prožívat a zvládat. Ke každému takovému pacientovi musíme tedy přistupovat individuálně a jednat dle jeho současných potřeb. Jak již bylo zmíněno, komunitní péče se zabývá kromě poskytování zdravotních služeb i uspokojením psychologických, sociálních a duchovních potřeb. Právě u dítěte je nezbytné myslet na psychický vývoj. Chování zdravotníků bude mít vliv na chování dítěte nejen v průběhu onemocnění, ale i po uzdravení nebo v čase až onemocní znovu. Zdravotníci pracující s dětskými pacienty by si měli uvědomovat, že svým přístupem v poskytování zdravotní péče mohou způsobit nevratné změny i v psychice pacienta (Fendrychová, 2005). Již roku 1880 vznikla v Anglii myšlenka péče o děti v jejich domácím prostředí. A začala být podporována péče o dětského pacienta pomocí zdravotníků, kteří byli vysíláni z nemocnic (Hunt, 1999). Z počátku šlo hlavně o uvolnění dětských pacientů z nemocnic do domácího prostředí, což přinášelo mnoho benefitů, nejen ekonomických, ale také izolaci pacientů, jako prevenci před šířením infekčních nemocí (Lomax, 1996). Právě ve Velké Británii, kde nacházíme počátky dětské komunitní péče, i v současnosti působí společenství komunitní ošetřování dětí (Community Children's Nursing), založené roku již roku 1987, které se stále snaží rozvíjet poskytování kvalitní ošetřovatelské péče o děti dle potřeb zdravotní péče v komunitě. Právě díky zkušenostem z Velké Británie vidím, že

je vhodné působení dětských sester i v komunitní péči v ČR. Mezi pozitiva komunitní péče patří snížení pocitu izolace, podpora zdraví, vzdělávání členů komunity, kontinuita péče, ale také minimální narušení vzdělávání dítěte a času rodičů, kdy zdravotník dochází do rodiny pouze dle potřeby. Mezi výhody patří bezpochyby možnost domácího prostředí, ale zároveň dostupnost zdravotní péče 24 hodin denně, rychlé předání odpovídajícím službám v případě potřeby, návaznost péče, multidisciplinární spolupráce, možnost výběru služeb, individuální přístup, diskrétnost a menší náklady k financování péče. Cílem komunitní péče je tedy zlepšení zdraví celé komunity, identifikace rizikových skupin, kterým hrozí riziko onemocnění či zdravotního postižení a následné poskytnutí specifické péče (Sikorová, 2012).

Při péči o dětského pacienta jsou na zdravotníky kladeny větší nároky, nejen v poskytování specifické zdravotní péče, ale i zajištění adekvátní komunikace s pacientem, a navíc s rodiči. Ti bývají vzhledem k často závažné situaci ve velkém stresu a je nutné k nim přistupovat velmi citlivě. Jejich reakce nemusí být vždy takové, jaké zdravotníci očekávají. Komunikace s dítětem a rodiči vyžaduje trpělivost, důslednost, upřímnost, lidskost, empatii i profesionální vystupování. Rodiče je možné nějak zaúkolovat či je zapojit do procesu ošetření. Následně platí několik pravidel při komunikaci s dítětem. Mluvit je potřeba současně s dítětem i rodiči a dát najevo, že v řešení krizového stavu dítěte chceme spolupracovat s rodinou. Dítě je vhodné zaujmout např. hračkou nebo čímkoliv, co upoutá jeho pozornost. Pokud je to možné, umožnit dítěti, ať si s sebou vezme svou hračku. Při komunikaci bychom se měli snížit na úroveň dítěte, např. do podřepu, abychom byli ve stejné horizontální rovině a pokusit se navázat kontakt jednoduchými otázkami: „Jak se jmenuješ?“ Je důležitý úsměv a pochvala. S pohlazením a dotyky opatrně, nikdy nevíme, jak dítě bude reagovat na cizí osobu. Vše, co budeme dělat, vždy předem dítěti vysvětlíme a ověříme si, zda nám rozumí a nikdy dítěti nelžeme. Pokud ztratí důvěru, spolupráce bude o mnoho náročnější. To platí např. u bolestivých zákroků. Bolest se snažíme vždy minimalizovat, pokud ale víme, že zákrok může být bolestivý, nikdy nepoužíváme větu: „Neboj, nebude to bolet“ (Andršová, 2012).

1.12 Specifika komunitní zdravotní péče u seniorů

V péči o seniory platí nutnost komplexnosti poskytování péče. Jedná se o tzv. geriatrické ošetřovatelství neboli ošetřovatelství, které je primárně orientováno na nemocného

starého člověka s přihlédnutím především na medicínský kontext (Black, 2001). Vzhledem k tomu, že aktuálně dochází k výraznému stárnutí společnosti, musí docházet ke změnám ve struktuře zdravotnických zařízení, charakteru péče i spektru poskytovaných sociálních služeb, které se musí přizpůsobit velkému počtu starých a často nemocných občanů. Cílem je zkracování doby hospitalizace ve zdravotnických zařízeních a přesunutí poskytování péče do ústavních pobytů i jiných forem péče o staré občany. I zde je nutný individuální přístup ke každému takovému pacientovi. Právě zde se setkáváme s pojmy deinstitucionalizace neboli prioritou ošetřování v domácím prostředí, rozvoj terénních zdravotních a sociálních služeb a podpora integrace seniora do společnosti a deprofesionalizace, tedy podpora rodiny, sousedské pomoci, dobrovolnictví a seniorské svépomoci (Jarošová, 2007). V péči o seniory je klíčové poskytování sociálních a zdravotních služeb, podpora zdraví a prevence nemocí, podporování soběstačnosti, zajištění základních životních potřeb seniora a co nejdéle setrvání seniora v jeho přirozeném prostředí (Misconiová, 1996). Historie geriatrického ošetřovatelství má původ opět v Anglii, kde první zmínky o potřebě vytvoření specializace ošetřovatelské péče o staré lidi byla již v roce 1925. Oproti tomu v ČR neexistovala až do roku 1990 žádná komunitní služba domácí péče o geriatrické pacienty (Jarošová, 2007).

V průběhu života dochází ke změnám zasahujícím nejen do oblasti tělesných schopností, ale také ke změnám emocionálním, kognitivním a psychosociálním. S přihlédnutím k těmto odlišnostem je nezbytné přizpůsobit komunikaci schopnostem a dovednostem seniora (Pokorná, 2010). Právě díky rychlému rozvoji diagnostických a terapeutických metod se výrazně prodlužuje doba života. Měli bychom ale pamatovat na etické stanovisko, kdy našim cílem by mělo být: „*Přidat život létům, ne léta životu*“ (Andršová, 2012, str. 56). Starší lidé často špatně snášejí osamělost a izolaci, která se stářím často přichází. Někdy i hospitalizace v nemocničním zařízení v nich může vzbuzovat dojem, že nejsou sami a sociálně izolováni. Vzhledem k neschopnosti seniorů se bránit a jejich zranitelnosti může docházet k šikaně a zneužívání ze strany příbuzných i ošetřujícího personálu. V neposlední řadě se u těchto lidí můžeme setkat s ageismem. Je důležité vždy pamatovat na to, že stáří není nemoc a je zde kladen velký důraz na respektování lidské důstojnosti a úcty ke stáří. A to i přes to, že komunikace a spolupráce se seniory bývá velmi specifická a často náročná. V komunikaci s takovým pacientem respektujeme identitu pacienta a oslovujeme jménem, popřípadě titulem, nikoli

oslovením „babi, dědo“. S tím souvisí vyhýbání se zdětinšťování starého člověka. Starému člověku je nutné poskytnout dostatek času a ověřit si, zda chápe námi podané informace s přihlédnutím na jeho fyzický a duševní stav. Vždy je nutné respektovat důstojnost pacienta. Dále také přihlížet na možné komunikační bariéry v poruchách sluchu či zraku a přizpůsobit tomu komunikaci, ale zbytečně na nikoho nezvyšovat hlas. Dále bychom se měli snažit o podporu soběstačnosti, pomoc nabízet, ale nevnucovat. Mezi další zásady v komunikaci se seniory patří: mluvit pomalu, zřetelně, z očí do očí, věnovat pozornost neverbální komunikaci, být vstřícný, a i se seniory s různými typy demence udržovat komunikaci (Andršová, 2012).

1.13 Specifika komunitní zdravotní péče u osob se zdravotním handicapem – tělesné postižení

Existuje celá řada postižení. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, vymezuje zdravotní postižení jako tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby. V této kapitole budou stručně popsány pouze obecné zásady v poskytování péče a v komunikaci s pacienty se zdravotním postižením. Postižení může vznikat již v době před narozením nebo po narození vlivem onemocnění či úrazu. Postižení se může projevat v několika rovinách, např. jako deformity, omezení hybnosti, paréza, plegie, zvýšené nebo snížené svalové napětí či mimovolné pohyby. Důsledkem handicapu může nastat omezení soběstačnosti, společenských kontaktů a partnerských vztahů, využití volného času, vzdělávání a v perspektivě zaměstnávání. Péče o takového pacienta zahrnuje spolupráci celé řady odborností, např. neurologa, ortopeda, fyzioterapeuta a ergoterapeuta, psychologa, sociálních pracovníků a dalších (Jiráková, 2014).

Andršová uvádí, že laická, ale i zdravotnická populace, se často bojí komunikace s tělesně postiženými pacienty a ze strachu z omylů často takovým pacientům neradi nepomáhají. Ač je práce s takovými lidmi velmi specifická a obsáhlá, uvádí alespoň několik základních principů této komunikace. Vždy je nutné komunikovat přímo s postiženou osobou, nikoli s doprovodem, který u sebe může tato osoba mít. Pokud to situace umožňuje, je potřeba si dopředu zjistit míru postižení a přizpůsobit prostředí dle potřeb pacienta. Zásadní je se s pacientem upřímně bavit o tom, jakou pomoc potřebuje a do jaké míry je soběstačný a jakou pomoc tedy očekává od nás. Nadbytečná pomoc ze strany zdravotníků nemusí být pacientovi příjemná a můžeme vzbudit pocit

neschopnosti a závislosti na jiné osobě. Stejně jako přehnaný soucit, kdy si řada pacientů v závislosti na typu postižení, délce postižení a osobnostního charakteru vytvoří nad svou nemocí nadhled i určitou formu humoru. U nevidomých pacientů je vždy nutné je informovat o tom, co děláme nebo budeme dělat. Má-li u sebe nevidomý vodícího psa, nikdy ho od psa neoddělujeme. U sluchově postižených pacientů je zase nutné mluvit pomalu a zřetelně, v krátkých a stručných větách směrem k pacientovi. Sluchově postižení pacienti umějí často dobře odezírat nebo s sebou mají překladatele ke komunikaci pomocí znakové řeči. Mluvenou formu může při složitější komunikaci nahradit psaná forma sdělení. U osob na vozíku je vhodné se snížit na úroveň očí pacienta, i to přispívá ke zvýšení důvěry i projevu empatie (Andršová, 2012).

1.14 Specifika komunitní zdravotní péče u osob se zdravotním handicapem – mentálně postižení

Během poskytování komunitních a zdravotních služeb se můžeme setkat s pacienty s mentálním postižením. Postižení může vzniknout v době před narozením, během porodu i po narození např. vlivem úrazu nebo onemocnění. Mentálních onemocnění je již v dnešní době definováno několik. U mentální retardace se řídíme podle inteligenčního kvocientu člověka a tím, zda vzniká omezení ve dvou nebo více oblastech adaptivních schopností potřebných v každodenním životě. Např. v oblasti soběstačnosti, komunikace, sociálních schopností, vzdělání, zaměstnání a dalších. Mentální retardaci lze rozdělit dle míry postižení na lehkou, střední, těžkou, hlubokou či jinou mentální retardaci. Do kategorie „jiná“ jsou řazeni např. pacienti nevidomí či neslyšící nebo s těžkými poruchami chování, kde je nesnadné, až nemožné, určit stupeň intelektu. Mentální retardace je často spojena s dalšími druhy postižení, např. DMO, poruchy sluchu, zraku nebo epilepsií. Mezi nejčastější onemocnění, která se pojí s mentálním postižením, jsou DMO, autismus, Aspergerův syndrom, Downův syndrom, epilepsie, fetální alkoholový syndrom a mnoho dalších. Při péči o takové pacienty je nutná spolupráce lidí několika odborností, přes neurologa, ortopeda, genetika, fyzioterapeuta a ergoterapeuta, psychologa či psychiatra, speciálního pedagoga, logopeda, sociálního pracovníka atd. Tito odborníci následně stanovují rozsah funkčního omezení a vhodný způsob péče o tyto pacienty (Jiráková, 2014).

Statistické údaje uvádějí, že v České republice žije přibližně 300 tisíc osob s mentálním postižením a celkově dochází k nárůstu. U těchto osob se často objevuje zpomalená

nebo snížená chápatost nebo úplná neschopnost vyvozování logických úsudků a vztahů. Dále snížená mechanická paměť, špatně udržitelná pozornost, menší slovní zásoba a horší míra ve vyjadřování. Mohou se objevovat i poruchy koordinace těla, impulzivita, hyperaktivita, nebo naopak zpomalené reakce. Mimo to si lze všimnout opožděného psychosexuálního vývoje nebo poruchy v interpersonálních vztazích a v komunikaci s ostatními lidmi. Stejně jako u zdravých pacientů je zásadní získat si důvěru a v rámci možností zapojit pacienta do spoluúčasti na léčbě (Chrástková, 2011). Dle Krejčířové existuje několik zásad, jak přistupovat k osobě s mentálním postižením. Je nutné si uvědomit, že tyto osoby se obtížně orientují v neznámém prostředí. S osobami s mentálním postižením je vždy nutné jednat s velkou mírou respektu k jejich osobnosti, být empatičtí, trpěliví a dávat najevo zájem o kontakt. Jasně vyjadřovat své myšlenky a vyhýbat se abstraktním pojmům, cizím slovům a zkratkám. Důležité je poskytnout mentálně postižené osobě dostatečný čas na odpověď. Vhodné je používání mimiky a řeči těla a vždy si ověřit, že klient rozuměl našemu sdělení. Při komunikaci používejme řeč dospělých, nikoli zdětinštění. Souhrnně lze říci: Jednejme s osobami s mentálním postižením vždy tak, jak bychom si přáli, aby bylo jednáno s námi (Krejčířová, 2007). Mimo těchto zásad je dobré myslet na to, že nezbytná je trpělivost, tolerance a že postižená osoba zpracovává informace jiným způsobem než ostatní. To vše s ohledem na úroveň porozumění, mentální úroveň a komunikační dovednosti dané osoby. Ze strany zdravotníků je nezbytná profesionalita, nikoli časový nátlak. K pacientovi přistupujeme bez předsudků a reagujeme na specifické potřeby klienta. Pokud má u sebe postižený doprovod, jednáme vždy hlavně s pacientem a od doprovodu vyžadujeme pouze doplňující a ujasňující informace. Na pacientovi si všímáme verbálních i neverbálních projevů. Zdravotník by měl ve verbální komunikaci využívat především krátké, jasné věty, názorné vysvětlení, příklady a zpomalit tempo řeči. Dle potřeby opakovat otázky a instrukce a následně si ověřit, zda nám pacient dostatečně porozuměl (Chrástková, 2011).

1.15 Specifika komunitní zdravotní péče u kulturně odlišných skupin – etnické a národnostní menšiny

Kultura a porozumění odlišné kultuře je nezbytnou součástí ošetrovatelství. Zejména v multikulturních společnostech, mezi které dnes již patří mnoho států Evropy. Jako sestry přicházíme z určitého kulturního prostředí, stejně jako ti, se kterými pracujeme včetně

kolegů, ale především pacientů. I ve zdravotnictví se setkáváme tváří v tvář novým kulturám (Burnard, 2008). Za etnickou skupinu označujeme společenství lidí se společnými a specifickými etnickými rysy, tedy rysy jazykovými, kulturními, náboženskými, ale i společnými fyzickými znaky, jako např. barva pleti. Jde o historicky vzniklé sociální skupiny se stejným národním či geografickým původem se společnými kulturními hodnotami, které dědí z generace na generaci. Oproti tomu je nutné definovat národnost či národnostní menšinu. Za národ označujeme kulturní a politické společenství se společnými dějinami a společným geografickým územím. Národ jako takový utváří především kulturní kritérium, jakým je např. národní jazyk a společné náboženství, politická existence – tedy vlastní stát a psychologické kritérium, tedy vědomí o příslušnosti k určitému národu. Národnost, tedy příslušnost k určitému národu, můžeme tedy vnímat ve dvou rovinách. Ve smyslu etnickém mluvíme o společném jazyce, zvycích, tradicích a společné historii. Ve smyslu politickém mluvíme o souboru osob se stejnou státní příslušností (Ivanová, 2005). U pacientů z jiného kulturního, náboženského i sociálně–ekonomického prostředí se z pozice zdravotníků setkáváme s mnoha odlišnostmi a je očekáváno porozumění kulturním postojům k etice narození, života i umírání. WHO schválila roku 1994 dokument Principy práv pacientů v Evropě, kde je mimo jiné uvedeno, že každý pacient má právo na respektování jeho morální a kulturní hodnoty, náboženského a filosofického přesvědčení. Informace musí být podávány vhodným způsobem s možností je pochopit. A pokud pacient daný jazyk neovládá, je třeba zajistit překlad. Dále má pacient právo, aby s ním bylo zacházeno důstojně, ve vztahu k jeho léčbě, diagnóze, léčbě i ošetření (Ivanová, 2005).

Na území České republiky se nachází několik národnostních a etnických menšin. Nejvíce zastoupenou etnickou skupinou v ČR jsou Romové. Mezi nejpočetnější národnostní menšiny na území ČR patří Slováci, Ukrajinci, Vietnamci a Rusové. Dále se zde vyskytují v národnostní menšině Němci, Poláci, Bulhaři, Rumuni, Mongolové a další. V posledních letech se setkáváme s čím dál vyšším přívalem cizinců, se kterým se otevírá otázka péče o jejich zdravotní stav. Ne všichni tito lidé jsou zcela zdraví, mohou např. trpět infekčními chorobami běžnými na jejich území, pro nás však již mohou být neobvyklé. V dnešní době, kdy je poskytování multikulturní péče již běžné, se ale stále musíme věnovat především následujícím specifickým. Prvním je komunikace, měli bychom se zaměřit na oslovení, umět rozlišit kdy je vhodné tykání/vykání, jak komunikovat např. s dítětem, tlumočnickem či příbuznými a v neposlední řadě si

uvědomit důležitost nonverbální komunikace. Dále se můžeme setkat s odlišnými nároky na prostředí, intimitu pacienta, přítomnost příbuzných či postavení rolí v rodině nebo postavení rolí muž/žena. U multikulturního ošetrovatelství se jistě setkáme s náboženskými specifiky a možnostmi pacientovi umožnit modlitby, náboženské rituály či možnost přítomnosti náboženských předmětů. V neposlední řadě i s odlišnými stravovacími návyky (Ivanová, 2005). Multikulturní péče se stává součástí celoživotního vzdělávání v oblasti zdravotnictví. Multikulturní péče je poskytována a přizpůsobena v souladu s kulturou klienta (Giger, 2020). Vzhledem ke specifikům multikulturního ošetrovatelství budou v následujících kapitolách stručně popsány zásadní charakteristiky a odlišnosti jednotlivých národnostních menšin nejvíce zastoupených na území ČR.

1.15.1 Slováci

U slovenské komunity, i vzhledem k naší společné historii, nejsou vnímány výrazné kulturní odlišnosti a ke Slovákům je v České republice vysoká míra tolerance. Nedochází zde ani k výrazné jazykové bariéře vzhledem k podobnosti obou jazyků. Pokud zde žijí delší dobu, často používají český jazyk. Slováci vnímají otázku zdraví a nemoci téměř stejně, a tedy ani přístupy ke zdravotní péči se neodlišují. Vyžadují efektivní komunikaci a léčbu (Knapová, 2019). Slováci jsou nejčastějšími zahraničními pacienty v ČR. Stejně jako Češi kladou důraz na preventivní prohlídky a v komunikaci se zdravotnickým personálem si váží ochoty, trpělivosti a empatie. Ke zdravotníkům se chovají převážně slušně, spolupracují a dodržují předepsaná lékařská doporučení a postupy léčby (Plevová, 2019).

1.15.2 Poláci

Poláci tvoří v naší republice relativně početnou národnostní menšinu. Většina jich žije právě v příhraničí s Polskem. Stejně jako např. u Slováků sem Poláci přicházejí především za prací. Nemají nijak významně odlišnou kulturu a zvyky. Zásadním charakteristickým znakem polské menšiny je vysoké procento věřících, jelikož Polsko patří mezi jednu z nejkatoličtějších zemí na světě. Významný znak jejich myšlení a chování tak představuje víra. Z čehož vyplývají i odlišnosti spojené se zdravotní péčí. Jejich náboženské přesvědčení ženám neumožňuje užívat antikoncepci, ani podstupovat umělé přerušování těhotenství. Právě polské ženy z tohoto důvodu využívají tzv. potratové

turistiky, kdy podstupují zákrok interrupce v sousedních zemích, například v ČR. Poláci se snaží často zvládat léčbu onemocnění doma a do nemocničního zařízení přicházejí, až pokud je jejich domácí léčba neúčinná. Bývají pokorní a vřelí k ošetrovatelskému personálu. Od zdravotnických pracovníků vyžadují představení se, oslovení pane/paní. Z neverbálního kontaktu je vhodné podání ruky, přímý pohled do očí a dodržování přiměřené vzdálenosti od pacienta. Důležité je dbát na soukromé sdělování informací, které zpravidla dál sdílí pouze se svými příbuznými. (Knapová, 2019).

1.15.3 Ukrajinci

Ukrajinci se do České republiky stěhují především z důvodu špatné ekonomické situace na Ukrajině. Co se týká vnímání zdraví, mají snížené vnímání subjektivního hodnocení svého zdravotního stavu a často si onemocnění nepřipouští, jelikož je spojeno i se strachem spojeným se ztrátou zaměstnání, a tedy nedostatkem finančních prostředků. Často tak dlouhodobě odmítají pomoc lékaře, hospitalizaci, což souvisí s dlouhodobě neléčenými zdravotními problémy, psychickými poruchami a infekčními chorobami (Knapová, 2019). I vzhledem k nízké úrovni zdravotnictví na Ukrajině nemá tato menšina povinné očkování. Na Ukrajině je úroveň zdravotnictví velmi nízká. Pacienti si musí např. před nástupem hospitalizace obstarat seznam léků a pomůcek, které si musí sami nakoupit. Problém v komunikaci nastává především kvůli jazykové bariéře. Mluví převážně ukrajinsky a rusky. Dalším významným problémem je často otázka zdravotního pojištění na území ČR. Podobně jako Češi projevují náklonnost dotykem na rameno nebo podáním ruky a neznámému člověku vykají. Co se týče specifických nároků, jsou to relativně nenároční, skromní a ukáznění pacienti a za poskytnutí zdravotní péče jsou vděční. Jsou slušní a snaží se přizpůsobit chodu oddělení a nemocničnímu prostředí. To vše vyplývá z velmi nízké úrovně zdravotnictví na Ukrajině (Ivanová, 2005). Mívají většinou jen malé množství návštěv vzhledem k tomu že nemívají v ČR mnoho příbuzných. Nejsou příliš emotivní, snaží se neprojevat emoce. Ukrajinci, kteří zde žijí dlouhodobě, dbají na prevenci. Těhotné ženy si velmi váží předporodní a porodní péče a svědomitě dodržují pravidelné preventivní prohlídky. Stejně jako v ČR převažuje mezi Ukrajinci křesťanské náboženství, s tím souvisí, že nemají povolenou interrupci. Při úmrtí člena rodiny chtějí být příbuzní nablízku. Často vyžadují a očekávají dostupnost spirituální péče. Ve zdravotnickém zařízení očekávají dostupnost spirituální péče (Knapová, 2019).

1.15.4 Vietnamci

Imigrace vietnamské národnosti do České republiky začala v 50. letech minulého století. V současné době zde žije přes 60 tisíc lidí vietnamské komunity. O integraci do české společnosti se snaží spíše mladší generace. Velký důraz je kladen na rodinu, úctu k rodičům a starším členům rodiny. Rodiče kladou velký důraz na výchovu a vzdělání dětí, kdy je vedou k ctizádosti a spolehlivosti. Těhotná žena má podporu celé rodiny, většina žen by upřednostňovala domácí porod, vzhledem k rizikům ale akceptují porod v porodnici. U vietnamské komunity nenacházíme velké odlišnosti v provádění zdravotní a ošetrovatelské péče, musíme však respektovat odlišné kulturní zvyky a odlišný způsob komunikace, který se netýká pouze jazykové bariéry, ale i komunikace mimoslovní. Kladou vysoký nárok na intimitu, přítomnost rodiny a pokud to zařízení umožňuje, často vítají využití nadstandardních služeb. Vietnamci naopak nemají vysoké a specifické nároky na stravování a k jídlu používají hůlky. V případě nevléčitelného onemocnění dávají Vietnamci přednost umírání doma s rodinou. Je upřednostňován pohřeb do země, kremace se volí například v případě, kdy chtějí, aby byl pohřeb uskutečněn v rodné zemi (Knapová, 2019). Zatímco v naší kultuře je pohled do očí projevem důvěry, upřímnosti nebo sympatie, spouště lidí je pohled z očí do očí nepříjemný, Vietnamci jej mohou často chápat jako symbol, kterým vyjadřujeme nadřazenost, až povýšenost. Úsměv pro Vietnamce není pouze symbolem radosti, ale je chápán také jako omluva nebo vyjádření nepochopení. V neverbálním projevu chápou jako projev neúcty a nadřazení i pohlazení druhého člověka po hlavě, což je v naší kultuře chápáno jako projev útěchy. Vietnamci ho akceptují pouze u rodičů a jejich dětí (Tóthová, 2010). Vietnamci bývají velice pokorní a vděční za poskytování péče. Pokud je to však možné, upřednostňují péči vietnamského lékaře nebo vítají v řadách zdravotnického personálu rodinnou sestru a rodinného lékaře. Vietnamci se bohužel snaží své zdravotní problémy v počátku řešit doma ve snaze se vyhnout stresu z nemocnice a do zdravotnického zařízení se tak často dostávají až ve vážném stavu. U žen je nutné respektovat intimitu a pokud je to možné, snažíme se zajistit ošetření lékařkou. Vietnamci se vyznačují vysokým prahem bolesti a při bolestech odmítají léky tišící bolest. Mají obavy před nežádoucími účinky a možnosti návyku (Plevová, 2019).

1.15.5 Číňané

Podobně jako u Vietnamců se zde můžeme setkat s výraznou jazykovou bariérou, je tedy přínosné zajistit tlumočnicka pro správné pochopení informací. Co se týče otázky zdravotnictví, jejich péče o zdraví vychází především z filozofie a tradičního pojetí čínské medicíny včetně akupunktury nebo tradiční čínské masáže. Nejrozšířenějším náboženstvím v Číně je buddhismus, který také výrazně ovlivňuje jejich chování, názory a postoj k vnímání zdraví a nemoci. Zásadní roli má rodina a její respektování. Pro zdravotnický personál je tedy přínosné si získat důvěru celé rodiny, která vyžaduje upřímnost. Celkově se Číňané snaží pečovat o své zdraví pomocí tradiční čínské medicíny, ale v případě potíží vyhledávají lékařskou pomoc včetně preventivní péče a lékaře považují za autoritu. Chtějí být plně informováni o svém zdravotním stavu, stěžejními jsou pro ně i informace týkající se následného průběhu léčby. Mají své tradiční stravování, které pokud je to možné, zajišťuje rodina dle svých zvyklostí. Stejně jako u ostatních pacientů dbáme na dodržování intimity (Tóthová, 2010).

1.15.6 Romové

Romové pocházejí z Indie, ale v dnešní době již žijí téměř po celém světě, převážně právě v Evropě a jejich počet se odhaduje mezi deseti až patnácti miliony (Davidová, 1995). Většina českých Romů se dnes hlásí k římskokatolické církvi. Zásadní hodnotou pro Romy je rodina, která plní funkci obživy, vzdělávání a především ochrany. Významná je role muže a ženy. Hlavou rodiny je vždy muž. Žena má za úkol zabezpečit chod rodiny, výchovu dětí a poslouchá svého muže. Nejvyšším cílem Romů jsou děti. Těhotná žena je pozhnaná. I když už se v dnešní době matky podvolily majoritní společnosti a rodí v porodnicích, přirozeným byl pro ně porod v domácím prostředí a za přítomnosti rodiny. Podobně Romové smýšlejí i u dalších hospitalizovaných členů rodiny. U Romů si tedy často můžeme všimnout jejich starostlivosti. Často se dožadují návštěv i mimo návštěvní hodiny a shlukují se ve velkém počtu na pokoji nemocného. V systému fungování našich nemocničních zařízení to často vnímáme jako nepatřičné, narušující chod oddělení a rušení klidu ostatních pacientů (Ivanová, 2005). Dalším znakem romské kultury je i úcta ke starším lidem a především rodičům. Pro Romy je přirozené postarat se o své rodiče a z toho důvodu se tito staří lidé téměř nevyskytují v domovech důchodců. Ti nemají problém tuto péči přijmout a netrpí pocitem, že jsou na obtíž. V komunikaci mají vysokou míru empatie, ve vysoké míře vnímají neverbální

komunikaci a podtext každé věty. Pokud tedy říká zdravotník něco pouze formálně a myslí to neupřímně, Rom to pravděpodobně rychle vycítí (Šišková, 2001). Při pocitu strachu, ohrožení nebo v průběhu nemoci mívají slabší vůli, vytrvalost a trpělivost. Vzhledem k závislosti na rodině se bez její přítomnosti cítí nesamostatní, mají strach a pocit méněcennosti. Právě z těchto důvodů se často jako reakce projevuje zvýšená agresivita nebo neochota spolupracovat se zdravotníky. Velkým problémem je nedůvěřivost Romů vůči zdravotníkům. Komunikace pak může být pro obě strany nesrozumitelná a může dojít k nejasnostem. Při poskytování zdravotní péče může být komunikace i pro zdravotníky často poměrně psychicky náročná. Důležitým bodem je dále i komunikace s rodinou pacienta. Informace jsou obvykle směřovány směrem k muži, tedy hlavě rodiny. Jako i u jiných pacientů, zde musíme jednat individuálně, vysvětlovat příčiny a průběh onemocnění, zdůrazňovat negativní následky vyplývající z nedodržování léčby a dbát na to a ověřovat si, zda našim pokynům pacient dostatečně rozumí (Ivanová, 2005). Je třeba zdůraznit, že nejdůležitější je získání si důvěry romského pacienta. Bývá to často složité a zdlouhavé a je zásadní nespěchat, být trpělivý a nečekat okamžité výsledky. Dále správně komunikovat i na úrovni mimoslovní komunikace, nekritizovat, nebát se blízkosti a projevům emocí, které jsou pro Romy přirozené. Důležité je mluvit jasně, konkrétně, stručně a především respektovat hodnotový systém romského etnika (Šišková, 2001).

1.16 Specifika komunitní zdravotní péče z hlediska náboženství

Na světě existuje celá řada náboženství. Mezi nejrozšířenější patří křesťanství, judaismus, islám, buddhismus a hinduismus. V České republice patří mezi nejrozšířenější křesťanství, ale i tak je označována za jednu z nejateističtějších zemí na světě. Náboženství hraje významnou roli ve vnímání zdraví a života samotného. Nemůžeme však předpokládat, že lidé se stejnou národností mají stejné náboženské vyznání a naopak. Lidé vyznávající stejné náboženství nemusejí pocházet ze stejné etnické skupiny a stejných kulturních a národních základů. Náboženství silně ovlivňuje způsob myšlení například v otázce vykládání si různých příčin, příznaků a symptomů nemoci, stejně tak to, jak na tyto situace lidé reagují. Víra tak hraje významnou roli v procesu léčby a uzdravování. Pro věřící nehraje roli v otázce zdraví a nemoci pouze to, co souvisí s fyzickým zdravím těla a nemoc, případně i smrt, považují za výsledek duchovních sil. V případě ošetřovatelské péče musíme jako zdravotníci brát ohled nejen

na biologické potřeby člověka, ale i na potřeby psychické, sociální a spirituální. V následujících kapitolách budou stručně popsána nejrozšířenější náboženství a především jejich specifika v ošetrovatelské péči (Knapová, 2019).

1.16.1 Křesťanství

Křesťanství je nejrozšířenějším náboženstvím na světě. Křesťanství se řadí mezi monoteistická náboženství – tedy vyznávající pouze jednoho Boha a vyznávající Bibli. V případě hospitalizace ve zdravotnickém zařízení často chtějí mít s sebou různé modlitební předměty jako například Bibli. Křesťané považují život za dar od boha, staví se tedy ke svému zdraví zodpovědně. Pokud si to pacient žádá a pokud je to možné, je vhodné pacientovi zajistit klidné místo pro modlení a umožnit přítomnost duchovního. Významnou roli hraje rodina a manželství je svátostí s povinností žít spolu nerozlučně celý život. Není zakázána antikoncepce, ale nesmí poškodit již počatý plod, tedy po nechráněném pohlavním styku je už zakázána. Proti jejich víře není transplantace orgánů, ani podání transfuze krve. Neakceptují však interrupci. Akceptována je pouze v případě ohrožení plodu vážnou vrozenou vadou, ohrožení života matky nebo pokud došlo k těhotenství znásilněním. V období umírání může pacient či rodina žádat poslední pomazání. Duchovního si buď zajistí přímo rodina nebo některé nemocnice nabízejí poskytování duchovní podpory a zprostředkovávají kontakt s duchovními různých církví a náboženských společností. Jsou také schopni spoluzajišťovat pořádání náboženských obřadů a modliteb přímo na odděleních nemocnice. Eutanázie je pro křesťany vzhledem k víře nepřijatelná. Kremaci akceptují, následně však musí probíhat zádušní bohoslužby (Knapová, 2019).

1.16.2 Svědkové Jehovovi

Jedná se o náboženskou společnost, která se hlásí ke křesťanství a někdy bývají označováni pouze za hnutí. Uznávají jednoho boha, Jehovu. Velký důraz je kladen na rodinu, manželství. Interrupce je povolena pouze při mimoděložním těhotenství. Stejně tak je zakázána asistovaná reprodukce. Platí zde přísný zákaz kouření a užívání drog, alkohol je povolen v malé míře. Celkově lze říci, že si členové tohoto náboženského hnutí vážně poskytují zdravotní péči a chtějí mít dobrý vztah se zdravotnickým personálem a chtějí být léčeni dle dostupných medicínských poznatků (Lišková 2006). Problémy a rozpory nastávají v otázce neakceptování krevních transfuzí tímto

náboženským hnutím. Od roku 1945 striktně odmítají transfuze plné krve i jejich čtyř hlavních složek – bílých a červených krvinek, krevních destiček i krevní plazmy. V rozporu s jejich přesvědčením ale není podání náhražky krve, hormony podporující zrychlenou přirozenou krvetvorbu či hemodialýza, při které dochází k očišťování krve od odpadních látek, krevních derivátů jakožto léčiv vyrobených z krve, podání albuminu, globulinu nebo koagulačních faktorů a fibrinogenu. V tomto případě záleží na osobním rozhodnutí. Pokud by k podání transfuze došlo, jsou schopni vyloučit z náboženské společnosti i člena své rodiny. Jsou ale povolené transplantace orgánů včetně kostní dřeně, která obsahuje krevní elementy i zárodečné krevní buňky. V rozporu s jejich přesvědčením není ani použití hemodialýzy či mimotělního oběhu. Zvláštností této víry, čímž si zcela odporuje s křesťanskou vírou je, že nevěří v posmrtný život a za zesnulé se po smrti nemodlí. U zesnulého je možné provést pitvu. Odmítají i autotransfuzi. Tito pacienti u sebe často nosí kartičku označenou „Žádnou krev“ s úředně ověřeným podpisem (Knapová, 2019). Viz obr. 3 – Žádnou krev.

Abych zajistil, že má vůle vyjádřená na druhé stránce bude respektována i s odstupem času nebo za jiných okolností a že nikdo nebude chtít zpochybňovat toto prohlášení o mé vůli, obnovuji čas od času svůj podpis.

Datum: _____ Podpis: _____

Další údaje:

Alergie: _____

Trvale užívám: _____

Jiné rizikové faktory: ... _____

V NALÉHAVÉM PŘÍPADĚ SE LASKAVĚ SPOJTE:

Jméno: _____

Adresa: _____

Telefon: _____

NEBO LASKAVĚ INFORMUJTE:

Jméno: _____

Adresa: _____

Telefon: _____


DOKUMENT PRO LÉKAŘSKOU PĚČI

JMÉNO: _____

ADRESA: _____

TELEFON: _____

ŽÁDNOU KREV



ZÁVAZNÝ POKYN PRO LÉKAŘE

Já, _____

rodné číslo _____

adresa _____

vyjadřuji tímto pokynem svůj **souhlas** s tím, **abych byl** jako pacient **ošetřován** podle všech pravidel lékařského umění, a to **s následující výhradou:**

V žádném případě nechci, aby mi byly dávány transfuze (celé krve, koncentráty červených krvinek, bílých krvinek, krevních destiček a plazmy), a to ani v případě, že by to lékaři považovali za nezbytné k udržení mého života nebo mého zdraví. Souhlasím s infuzí bezkrevních roztoků pro náhradu krevního objemu (například Ringerův roztok, želatina, heřáskrob) i s jinými léčebnými postupy nezahrnujícími transfuze krve.

Spolu s tímto pokynem se zároveň zavazuji, že vůči zdravotnickému zařízení, lékařům a ostatním zdravotnickým pracovníkům, kteří mi poskytnou jinak kvalitní léčbu, nebude podnikat žádné právní kroky kvůli případným škodám.

Obrázek 3 - Dokument pro lékařskou péči, žádnou krev – závazný pokyn pro lékaře.

Online 2021, Dostupné z: http://www.hks.re/wiki/2017:svedkove_jehovovi

Dochází zde především k etnickému problému, kdy lékař umí pacienta vyléčit, ale nemůže, jelikož pacient nechce, vše je ještě často provázáno časovou tísňí. Lékař má následující možnosti. Slíbit nepodání krve a nepodávat, kdy sice dodrží revers, tedy nebude nést trestněprávní odpovědnost, ale nastupuje otázka svědomí, kdy si lékař

ponese následky jeho rozhodnutí, tedy poškození, či úmrtí pacienta. Další možností je i přes negativní revers transfuzi podat a zachránit život pacienta, lze to ale považovat za neetické k pacientovi a lékař se dopouští protiprávního jednání. V případě dostatku času lze odeslat pacienta na jiné pracoviště, problém se tím ale nevyřeší, pouze přesune jinam. Co se týče medicínskoprávní otázky podání transfuze, platí, že pokud pacient odmítá vyslovit souhlas s poskytnutím zdravotních služeb, učiní o tom písemné prohlášení – revers. Pokud by se pacient dostal do takového stavu, kdy nebude schopen vyslovit souhlas nebo nesouhlas, respektujeme jen dříve vyslovené přání pacienta v písemné formě a s úředně ověřeným podpisem pacienta. Nezletilému pacientovi nebo pacientovi zbavenému způsobilosti k právním úkonům lze poskytnout neodkladnou péči bez souhlasu zákonného zástupce (Seidlová, 2022).

1.16.3 Islám

Islám je v současnosti nejrychleji rostoucím, druhým největším náboženstvím na světě. Je založené na učení proroka Muhammada. Vyznavači Islámu, muslimové, velmi striktně dodržují rituály, jako např. modlitbu pětkrát denně, půst – ramadán nebo pouť do Mekky. Hlavní náboženský text islámu je Korán. V rodině má každý svou funkci, muž se stará o finance a žena o děti a domácnost (Kutnohorská, 2013). Během pobytu v nemocnici a při ošetrovatelské péči musíme mít na paměti, že muslimové velmi striktně dodržují pravidla, mezi která patří zákaz konzumace vepřového masa a všech výrobků z něj. Nepijí alkohol ani nekonzumují jídla obsahující alkohol. V době Ramadánu nesmí od východu do západu slunce jíst ani pít, ale v případě nemoci může člověk tuto povinnost odmítnout. Tuto povinnost také nemusí dodržovat staří a slabí lidé, těhotné ženy a ženy těsně po porodu. Žena se nesmí obnažit před cizím mužem a tak v případě vyšetření smí ženu vyšetřit pouze žena. Lékař smí požádat při vyšetření ženy manžela o výjimku, V takovém případě je ale manžel přítomen po celou dobu vyšetření. Jen s výjimkou některých zemí je žena zahalená od vlasů po krk až ke kotníkům. Pro muslima je velmi důležité mít u sebe náboženské předměty, Korán a koberec na modlení. Personál by měl myslet na to, že se předmětů nedotýká, ani na ně nic nepokládá. Velmi významný je samotný akt modlení, který by personál měl akceptovat a nepřerušovat. Interrupce je povolena pouze v případě, kdy žena byla znásilněna, a to až do 120. dne těhotenství nebo pokud je v ohrožení život matky či dítěte. Antikoncepce je dovolena pouze u žen, které již mají děti (Knapová, 2019).

V rozporu s jejich náboženstvím není podání transfuze, transplantace je však možná pouze od živého dárce. U muslimské víry není povolena eutanazie, asistovaná sebevražda ani výkony prodlužující utrpení. Při umírání je důležitá přítomnost rodiny u lůžka. Po smrti se tělo umyje a obléká do rubáše. Je zakázána kremace a pitva. Pitvu postupně některé země povolují z lékařských důvodů a v některých, převážně nemuslimských zemích, je v určených případech přikázána legislativně (Ivanová, 2005).

1.16.4 Buddhismus

Buddhismus dnes patří mezi čtvrté nejrozšířenější náboženství světa. Jde tedy spíše o duchovně-filosofický systém převážně založený na učení Buddhy. Důležitým aktem je meditace, která se provádí každý den bez ohledu na místo, tedy například i ve zdravotnickém zařízení. Pro buddhistu je důležité dodržování mravní kázně. Konzumace masa není zakázána, ale jeho příprava a konzumace nese jasně daná pravidla. Buddhisté nekonzumují nic, co obsahuje alkohol nebo drogy. Vyhýbají se i extrémnímu užívání léků a dávají přednost alternativní medicíně a využití bylinek. Mají převážně negativní postoj k očkování, vnímají ho jako zátěž pro organismus, především u dětí. Jako zdravotníci bychom měli takovému pacientovi poskytnout dostatek prostoru k meditacím a dostatek intimity. Buddhisté nevyžadují ošetření zdravotníkem stejného pohlaví. V rozporu s jejich přesvědčením není podání transfuze ani transplantace, výjimku tvoří pouze transplantace srdce, kterou odmítají. Není striktně zakázána interrupce. Pokud je to možné, je vhodné nechat rodinu zajistit stravování. V komunitě buddhistů smrt nevyvolává strach, je totiž chápána pouze jako přechodná situace – reinkarnace do nového života. Rodina chce být u smrti přítomna. Péče o mrtvého není zaměřena pouze na péči o tělo, ale především na péči o duši. Těla bychom se neměli alespoň několik hodin nedotýkat, buddhisté věří že by mohlo dojít k narušení procesu oddělování těla od duše. Eutanázie není povolena (Knapová, 2019).

1.16.5 Judaismus

Judaismus, tedy židovské náboženství, patří mezi nejstarší monoteistické náboženství, tedy uznávání jednoho boha. Vychází ze Starého zákona Bible a posvátné knihy Tóra. Nejdůležitější je tzv. „šabat“. V tomto období například odmítají hospitalizaci a lékařské zákroky, pokud nejsou spojené s akutním ohrožením života (Ivanová, 2005).

Významnou roli hraje rodina a úcta k rodičům. Pokud se židé dostanou do zdravotnického zařízení a vyžadují lékařskou péči, bývají velmi vstřícní k zdravotnickému personálu. Nevyhýbají se očkování, užívání léčivých přípravků, aplikaci transfuzí, operačním zákrokům ani amputaci ani odběru části orgánů. Pouze ve výjimečných případech se můžeme setkat u ortodoxních židů s odmítnutím transplantace orgánu od dárce. Kladou vysoký důraz na hygienu a přísná pravidla na stravování. Pokud je to možné, necháme stravování zajistit rodinou. Interrupce je povolena pouze v případě ohrožení zdravotního stavu matky. Pitva není zakázána, ale provádí se pouze v nezbytném rozsahu. Eutanázie je pro židy zakázána (Knapová, 2019).

2 Cíl práce a výzkumná otázka

Cílem této diplomové práce je:

1. Shrnutí problematiky komunitní péče především s ohledem na zdravotní péči.
2. Význam a vliv zdravotníků v komunitní péči o pacienty, kteří byli zasaženi mimořádnou událostí.

Výzkumná otázka zní: „Jaká je informovanost a úroveň znalostí zdravotníků v možnosti využití komunitní péče během a po mimořádných událostech?“

3 Metodika

Výzkumná část této práce byla zpracována formou kvantitativního průzkumu prostřednictvím anonymních dotazníků (viz. příloha č.1). Respondenti průzkumného vzorku jsou zdravotníci pracující napříč zdravotním systémem od ZZS, tedy prvního kontaktu s pacientem na místě zásahu nebo mimořádné události, až po nejruznější pracoviště zdravotnických zařízení. Dotazník byl určen jak pro nelékařské zdravotnické profese, tak pro lékaře, přičemž nebyla stanovena žádná minimální délka praxe. Tato metoda byla zvolena z důvodu možnosti oslovení velkého množství zdravotníků.

1.17 Charakteristika výzkumného souboru

V úvodu dotazníku byli respondenti seznámeni s tím, že dotazník je určen pro zdravotnické pracovníky a s tím, že dotazník je anonymní a získaná data budou použita pouze pro účely získání dat k této diplomové práci. Celkem bylo respondentům položeno 24 otázek. Pouze jedna z otázek byla otevřená a respondenti zde měli dopsat svou odpověď. Zbývajících 23 otázek bylo uzavřených, z toho u 21 otázek byla možnost pouze jedné odpovědi z důvodu snadného a přehledného vyhodnocení odpovědi respondentů a ve 2 otázkách mohli respondenti zvolit více možných odpovědí. Ve třech případech byla součástí položené otázky i doplňková podotázka s cílem upřesnění či doplnění odpovědi. Prvních 5 otázek sloužilo ke zjištění dat o respondentech, kde měli určit pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání, na kterém oddělení v současné době pracují a jaká je jejich celková délka praxe ve zdravotnictví. Otázka č. 3 na nejvyšší dosažené vzdělání sloužila jako analytická otázka k následnému porovnání teoretických znalostí mezi jednotlivými skupinami.

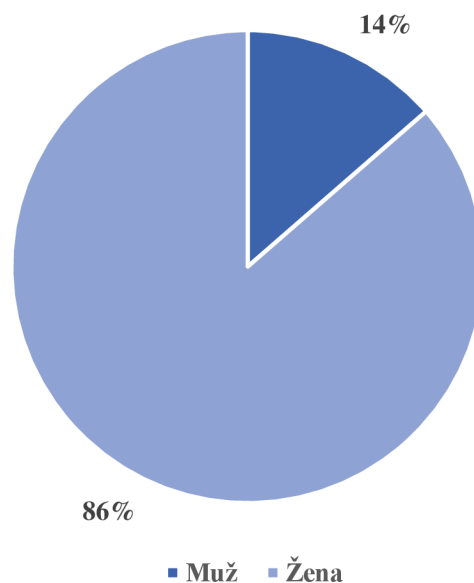
Sběr dotazníků byl zahájen 24. 1. 2022 a ukončen 20. 2. 2022. Tištěných dotazníků bylo rozdáno 49 a odevzdáno ke zpracování 35. Z toho bylo nutné 4 dotazníky vyřadit z důvodu nedostatečného vyplnění. Ke zpracování bylo následně použito 54 tištěných dotazníků. Sběr dalších dat probíhal pomocí internetové aplikace survio.cz, kde dotazník vyplnilo 94 respondentů. Z těchto dotazníků nemusel být žádný vyřazen. Celkem tedy bylo odevzdáno 129 dotazníků, ale pouze 125 bylo vhodných a bylo možné je použít k následnému vyhodnocení a získání potřebných dat. Sběr dat pomocí internetové aplikace survio.cz probíhal pomocí odkazu ve více uzavřených skupinách určených pro zdravotníky. Tím bylo zajištěno, že dotazník skutečně vyplňují pouze

zdravotníci, a především byla sbírána data napříč několika kraji a od lidí z různých oddělení. Před zahájením distribuce dotazníků byl dotazník rozdán několika kolegům pro ověření srozumitelnosti položených otázek.

4 Výsledky výzkumného šetření

Výsledky odpovědí na jednotlivé otázky z dotazníkového šetření jsou zobrazeny pomocí grafů, které jsou pro přehlednost doplněné procentuální hodnotou celkových odpovědí respondentů. Jednotlivé grafy jsou dále doplněny o stručný popis shrnující výsledky zjištěných dat.

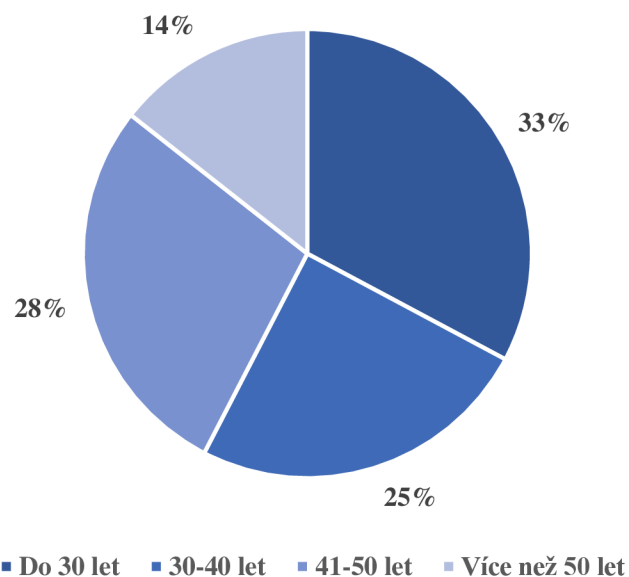
Otázka 1 – Pohlaví



Graf 1 – Pohlaví. Zdroj: vlastní výzkum

První otázka dotazníku sloužila ke zjištění poměru pohlaví (muž/žena) mezi respondenty, kteří dotazník vyplnili. Z odpovědí na pohlaví respondentů bylo zjištěno, že dotazník vyplnilo 108 žen, tedy 86 % a 17 mužů, což odpovídá 14 % z celkového počtu respondentů.

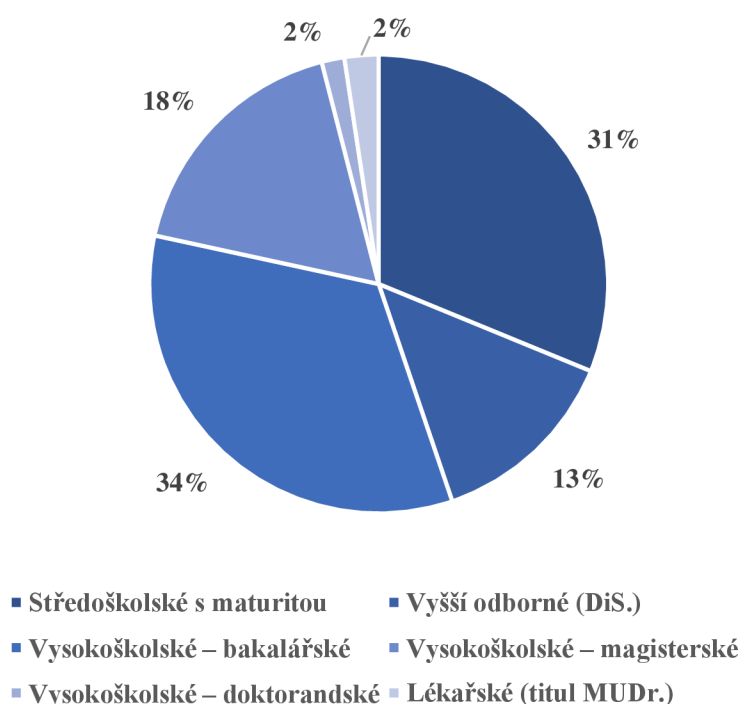
Otázka 2 – Věk respondentů



Graf 2 – Věk respondentů. Zdroj: vlastní výzkum

V otázce č. 2 byl zjišťován věk dotazovaných respondentů. Pro přehlednost byly stanoveny 4 věkové skupiny. Do první věkové skupiny byli zařazeni respondenti ve věku do 30 let. Tuto možnost zvolilo 41 respondentů, tedy 33 %. Věkovou kategorii 30-40 let zvolilo 31 respondentů, tedy 25 %. Do věkové kategorie 41-50 let spadá 35 respondentů (28 %) a do poslední kategorie nad 50 let spadá zbývajících 18 respondentů, což odpovídá 14 %.

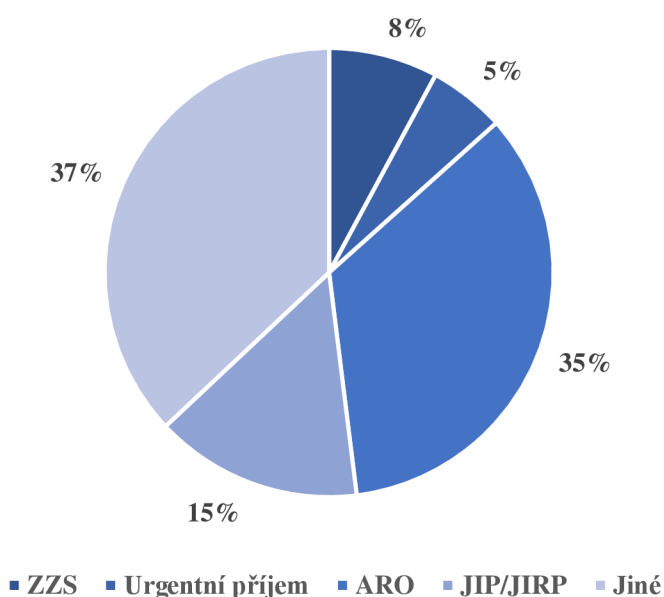
Otázka 3 – Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů



Graf 3 – Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Zdroj: vlastní výzkum

Třetí otázka je součástí analytické části dotazníku, aby bylo následně možné porovnávat úroveň teoretických znalostí respondentů u vybraných otázek. Z odpovědí na třetí otázku, kde bylo cílem zjistit nejvyšší dosažené vzdělání, bylo zjištěno následující: 39 respondentů zvolilo možnost středoškolského vzdělání s maturitou, což odpovídá 31 % z celkového počtu respondentů. Odpověď vyšší odborné vzdělání (DiS.) tvořilo 13 %, tedy 17 respondentů. Zbytek vzorku tvořili vysokoškolsky vzdělání. Nejvyšší počet dotazovaných tvořili respondenti s vysokoškolským bakalářským vzděláním, tedy 42 z celkového počtu, což odpovídá 34 %. Magisterské vzdělání uvedlo 22 dotazovaných, tedy 18 %. Vysokoškolské doktorandské vzdělání uvedli pouze 2 dotazovaní, což odpovídá 2 %. Zbývající 3 dotazovaní (tj. 2 %) uvedli vysokoškolské studium medicíny, tedy lékařské s titulem MUDr.

Otázka 4 – Pracoviště, kde v současné době respondenti pracují

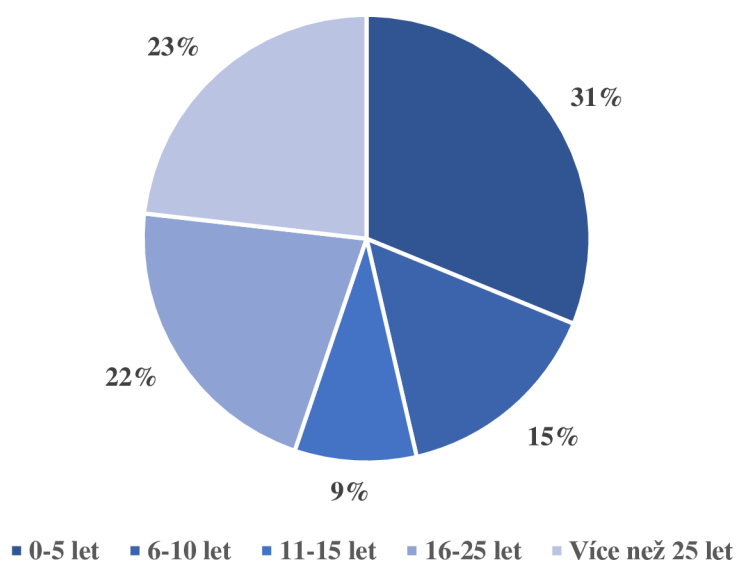


Graf 4 – Pracoviště, kde v současné době respondenti pracují. Zdroj: vlastní výzkum

Ve čtvrté otázce bylo zjišťováno pracoviště/oddělení kde v současné době respondenti pracují. Jako možnosti šlo zvolit odpověď ZZS, Urgentní příjem, ARO nebo JIP/JIRP, jelikož právě na těchto pracovištích se zdravotníci nejčastěji a jako jedni z prvních setkávají s oběťmi mimořádných událostí. Ve zdravotnickém systému ale samozřejmě existuje celá řada dalších pracovišť, které vzhledem k jejich množství nelze všechny rozdělit do dalších možností. Byla tedy uvedena možnost označení odpovědi „Jiné“, kde jednotliví respondenti své pracoviště konkrétně uvedli. ZZS, jakožto své současné pracoviště, uvedlo 10 respondentů, což odpovídá 8 %. Možnost Urgentního příjmu zvolilo 7 dotázaných (5 %). Další možností bylo anesteziologicko-resuscitační oddělení, tato možnost byla zvolena 44x, tedy u 35 %. Dalších 19 respondentů uvedlo, že v současné době pracuje na oddělení JIP nebo JIRP, což odpovídá 15 %. Zbývajících 37 % (47 respondentů) tvořila odpověď „Jiné“ a následně byla tedy vyplněna následující pracoviště. Velkou skupinu zaujímala pracoviště standardní lůžkové péče, konkrétně u 13 případů. Jednalo se např. o standardní oddělení interny, chirurgie, neurologie, ORL či gynekologie. Čtyři respondenti uvedli, že momentálně pracují na Centrálních operačních sálech. Dále bylo uvedeno 1x oddělení neonatologie, 1x porodní sály nebo 1x gynekologicko-porodnické oddělení. Dva dotazovaní uvedli jako místo svého zaměstnání domov pro seniory, 2x byla uvedena domácí péče, 1x Centrum duševního zdraví a 2x psychiatrická léčebna. Dále byly uvedeny např. operativa onkologie, LDN,

NIP, 2x jednotka IMP či Covid oddělení. Další skupinou byli respondenti pracující na ambulancích, např. gynekologická ambulance, zubní ambulance, dále jako sestry u praktického lékaře. Dále bylo uvedeno radiologické oddělení, laboratoř či pracovní pozice praktického lékaře nebo že v současné době pracují na pozici v managementu nemocnice. Dva respondenti uvedli, že v současné době nepracují a jsou na pracovní neschopnosti.

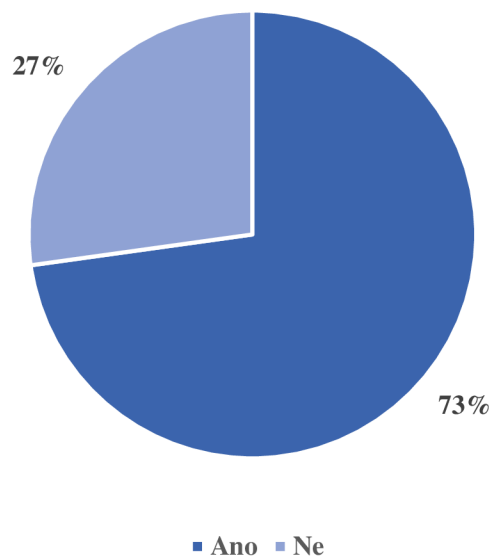
Otázka 5 – Celková délka praxe respondentů ve zdravotnictví



Graf 5 – Celková délka praxe respondentů ve zdravotnictví. Zdroj: vlastní výzkum

V páté otázce byla zjišťována celková délka praxe respondentů ve zdravotnictví. Pro přehlednost bylo vytvořeno pět následujících skupin. První skupinu tvořili respondenti, jejichž délka praxe je mezi 0-5 lety. Tuto možnost zvolilo 39 dotazovaných, tedy 31 %. Možnost 6-10 let byla zvolena 19x, což odpovídá 15 %. Délku praxe mezi 11-15 lety uvedlo 11 dotazovaných (9 %). Dalších 27 respondentů spadá do skupiny s délkou praxe 16-25 let, tedy 22 %. Poslední možnost „více než 25 let“ zvolilo zbývajících 29 respondentů, tedy 23 %.

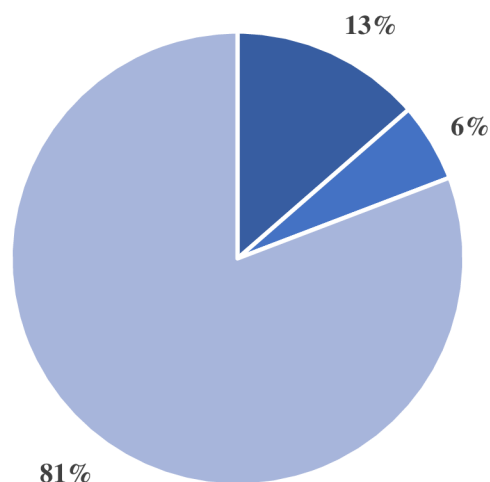
Otázka 6 – Setkal/a jste se někdy s pojmem komunitní péče?



Graf 6 – Setkání se s pojmem komunitní péče u respondentů. Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 6 měla za cíl zjistit, zda se dotazovaní někdy setkali s pojmem komunitní péče. Zde uvedlo 91 respondentů odpověď „Ano“, což odpovídá 73 %. Zbývajících 27 % uvedlo možnost „Ne“. Těchto 34 respondentů však nebylo pro následující vyhodnocení dotazníků vyřazeno, jelikož otázka se ptá pouze, zda se někdy setkali s tímto pojmem. Otázky, které prověřují, jak se dotazovaní v problematice orientují a zda ji využívají, zjišťují následující otázky.

Otázka 7 – Jaká z následujících možností definuje komunitní péči?

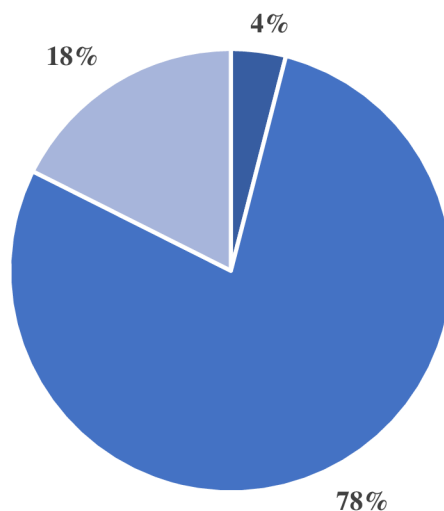


- Komunitní péče je soubor zdravotních služeb, které jsou poskytovány nemocným občanům a jejich rodinám. Komunitní péče je zaměřena především na nemocného jedince a vyhledávání dalších nemocných v jeho rodině a vychází z potřeb nemocného.
- Komunitní péče je poskytována praktickým lékařem při prvním kontaktu s daným pacientem. Jde o soubor zdravotních, sociálních a dalších služeb, které jsou poskytovány nemocným a zdravým občanům, rodinám, skupinám určité komunity.
- Komunitní péče je soubor zdravotních, sociálních a dalších služeb, které jsou poskytovány nemocným a zdravým občanům, rodinám, skupinám určité komunity. Komunitní péče je zaměřena na skupiny a celé komunity a činnosti vycházejí přímo z potřeb komunity.

Graf 7 – Správné určení definice „komunitní péče“. Zdroj: vlastní výzkum

V sedmé otázce měli respondenti určit správnou definici komunitní péče. Možnost a) byla definována jako: Komunitní péče je soubor zdravotních služeb, které jsou poskytovány nemocným občanům a jejich rodinám. Komunitní péče je zaměřena především na nemocného jedince a vyhledávání dalších nemocných v jeho rodině a vychází z potřeb nemocného. Tuto možnost označilo 17 respondentů, tedy 13 %. Tato možnost byla nesprávná stejně jako možnost b). Tuto variantu označilo 7 dotazovaných, tedy 6 %. Poslední odpověď c) správně určilo největší množství respondentů v počtu 101, což odpovídá 81 %. Správná definice tedy byla: Komunitní péče je soubor zdravotních, sociálních a dalších služeb, které jsou poskytovány nemocným a zdravým občanům, rodinám, skupinám určité komunity. Komunitní péče je zaměřena na skupiny a celé komunity a činnosti vycházejí přímo z potřeb komunity.

Otázka 8 – Jaká z následujících možností definuje komunitu?



- Komunitou označujeme pouze malou skupinu lidí cca do 10 osob, které se navzájem znají a často bývají v příbuzenském vztahu.
- **Komunita je sociální skupina determinovaná geografickými hranicemi a/nebo společnými hodnotami a zájmy. Její členové se navzájem znají a vzájemně se ovlivňují.**
- Komunita je sociální skupina velkého počtu lidí se společnými hodnotami a zájmy. Její členové se navzájem většinou neznají.

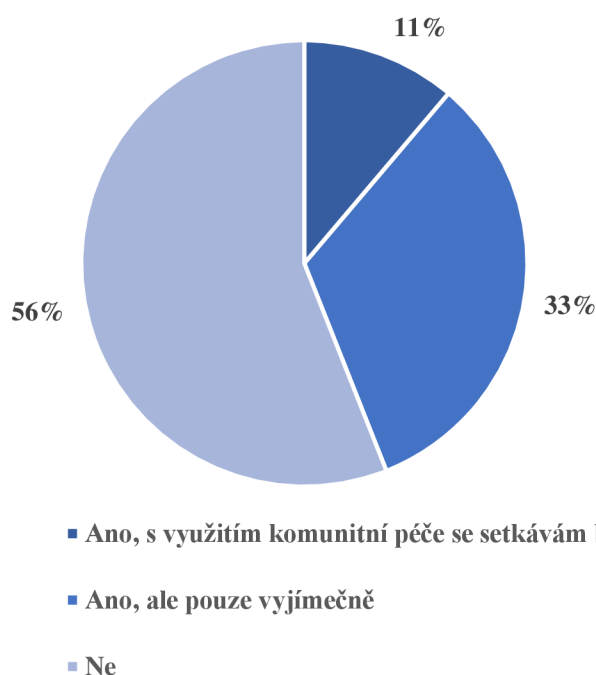
Graf 8 – Správné určení definice „komunity“. Zdroj: vlastní výzkum

Následující osmá otázka měla zjistit, zda dotazovaní ví, jak lze definovat komunitu. Nesprávná možnost a) Komunitou označujeme pouze malou skupinu lidí cca do 10 osob, které se navzájem znají a často bývají v příbuzenském vztahu. Tuto nesprávnou variantu zvolilo pouze 5 osob, tedy 4 %. Druhá z nabízených definic zněla: b) Komunita je sociální skupina determinovaná geografickými hranicemi a/nebo společnými hodnotami a zájmy. Její členové se navzájem znají a vzájemně se ovlivňují. Tato možnost určovala správnou definici komunity a správně, v počtu 98 respondentů, tak odpověděla většina, procentuálně byla správná odpověď určena v 78 %. Poslední možnost c) Komunita je sociální skupina velkého počtu lidí se společnými hodnotami a zájmy. Její členové se navzájem většinou neznají, tak nesprávně označilo již pouze 22 dotazovaných, tedy 18 %.

Otázka 9 – Vypište, jaké komunity se podle Vašeho názoru vyskytují v nejvyšší míře na území ČR?

Tato otázka sloužila jako doplňková otázka k otázce číslo 8. Respondenti zde museli sami vypsat, jaké komunity se dle jejich názoru vyskytují v nejvyšší míře na území ČR. Obvykle uváděli 1-4 komunity. Pouze 23 respondentů na tuto otázku neodpovědělo nebo uvedli možnost „Nevím“. Jak se dalo předpokládat, v nejvyšší míře byla zde zmiňována romská komunita, tu uvedlo ve svých odpovědích celkem 51 respondentů. Opakovaně byla uvedena i obecná odpověď národnostní komunity/menšiny, multikulturní komunity či obecné označení cizinci. Mezi nejčastěji uvedené národnostní menšiny patří v 17 případech Vietnamci + 1x Asiaté, mongolská komunita, 7x Ukrajinci, dále Rumuni nebo Afroameričané. Dále byla poměrně často zmiňována odpověď „náboženské komunity“, celkem ve 21 případech. Konkrétně byli zmíněni křesťané, židovská komunita, muslimové, Svědkové Jehovovi i v dnešní době již nepřesné označení „sekty“. 9x byli uvedeni „senioři“ jako např. komunity seniorů, domovy důchodců a podobně. Ve třech případech byly zmíněny rodinné komunity či 3x domácí péče. Dále byly v 7 případech zmíněny obecně „terapeutické komunity, komunity závislosti“. Komunity lidí závislých na drogách či alkoholu, narkomani, terapeutické komunity pro osoby s poruchou osobnosti, podpůrné komunity. Dále komunity lidí se zdravotním postižením uváděná jako komunitní centra či domovy pro osoby se zdravotním postižením či handicapované, neslyšící nebo obecně patientské komunity. Byly ale uvedeny i komunity pro jednotlivé typy onemocnění, např. komunita stomiků a onkologicky nemocných. Mezi další zmíněné komunity patří komunity pro mentálně postižené osoby či komunity na psychiatrických odděleních. Konkrétně byla zmíněna např. nezisková organizace Fokus, která pomáhá lidem s vážným duševním onemocněním. Mezi odpověďmi respondentů ale byly uvedeny i sociální služby/zařízení, ambulantní péče praktických lékařů, komunitní nadace, školská zařízení, profesní komunity, komunity na podporu lidí bez domova, organizace na podporu matek samoživitelek nebo LGBT komunity.

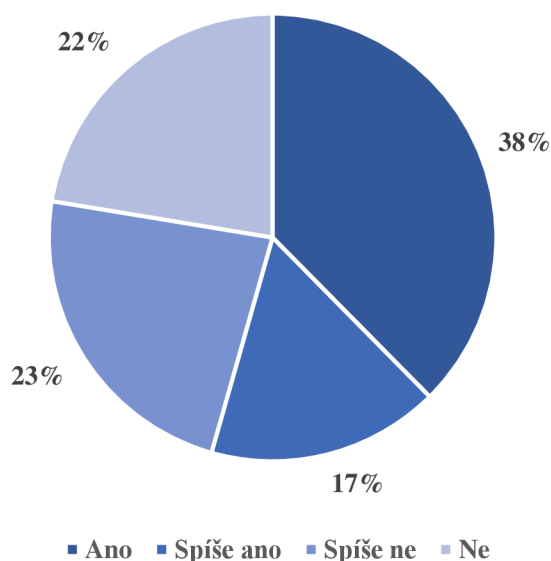
Otázka 10 – Setkali jste se někdy během své praxe s využitím komunitní péče?



Graf 9 – Četnost využití komunitní péče v praxi. Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 10 měla za cíl zjistit, zda se respondenti během své praxe setkali s využitím komunitní péče. Pouze 11 %, tedy 14 respondentů, uvedlo „Ano, s využitím komunitní péče se setkávám běžně“. Následující možnost „Ano, ale pouze výjimečně“ zvolilo 41 respondentů, což odpovídá 33 %. Nejpočetnější byla možnost odpovědi „Ne“. Tu zvolila nadpoloviční většina, 70 dotazovaných, tedy 56 %.

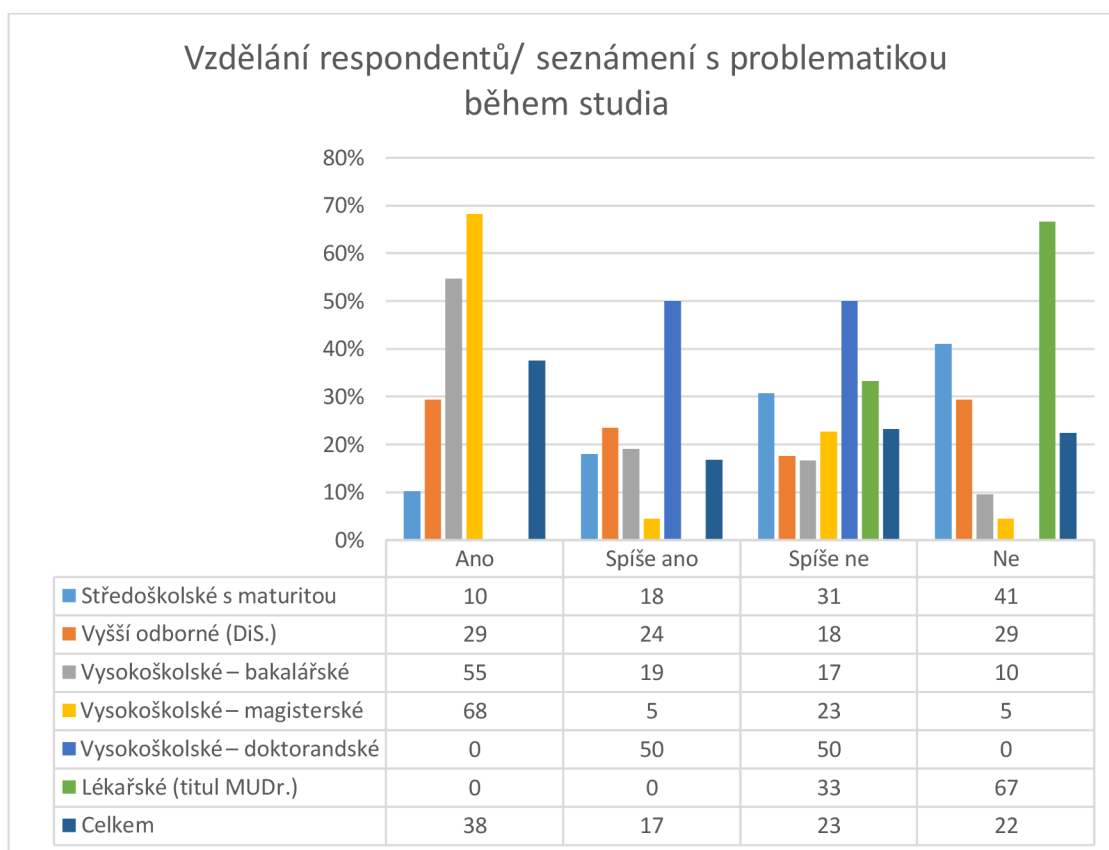
Otázka 11 – Byli jste již v průběhu vašeho studia seznámeni s pojmem komunitní péče a komunitní ošetřovatelství?



Graf 10 – Seznámení s pojmem komunitní péče a komunitní ošetřovatelství v průběhu studia. Zdroj: vlastní výzkum

Z odpovědí na otázku, zda byli zdravotníci již během studia seznámeni s pojmem komunitní péče a komunitní ošetřovatelství, bylo zjištěno následující: Odpověď „Ano“ uvedlo 47 respondentů, tedy 38 %. Odpověď „Spíše ano“ byla uvedena 21x, tedy v 17 %. Následujících 29 respondentů uvedlo odpověď „Spíše ne“, což odpovídalo 23 %. Zbývajících 22 % tvořila odpověď „Ne“ zvolená 28 respondenty. U této otázky mě dále zajímalo, zda existuje souvislost mezi typem vzdělání a následné odpovědi na tuto otázku. Tedy jestli při nějakém typu studia výrazně převyšuje možnost „Ano“ nebo „Spíše ano“. Procentuální vyhodnocení je patrné z následujícího grafu.

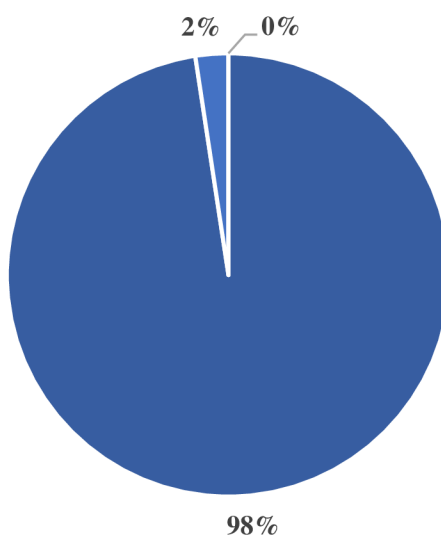
U této otázky je navíc uvedeno grafické vyhodnocení jednotlivých odpovědí respondentů na tuto otázku v závislosti na nejvyšším dosaženém vzdělání v procentech. Cílem bylo tedy zjistit, zda existuje spojitost mezi typem studia a informovaností studentů v této problematice již v samotném průběhu studia jako příprava do budoucího zaměstnání.



*Graf 11 – Vyhodnocení odpovědí respondentů v otázce 11, v závislosti na vzdělání
Zdroj: vlastní výzkum*

Pomocí tohoto grafu bylo zjištěno, zda existuje souvislost mezi vzděláním respondentů a tím, zda byli již během studia s problematikou seznámeni. Možnost „Ano“ nejčastěji uváděli respondenti s vysokoškolským bakalářským a magisterským vzděláním. Nejméně potom respondenti s lékařským vzděláním. Možnost „Spíše ano“ uváděli opět nejméně lékaři. Respondenti s doktorandským vzděláním uváděli hlavně možnosti „Spíše ano“ a „Spíše ne“. Možnost „Ne“ nejčastěji volili respondenti se středoškolským vzděláním a lékaři a nejméně absolventi bakalářského a magisterského studia. Z těchto výsledků je patrné, že existuje závislost mezi typem studia, kde studenti jsou s problematikou seznamováni, a kde naopak tuto problematiku řeší jen minimálně nebo vůbec.

Otázka 12 – Jak je dle zákona definována mimořádná událost?

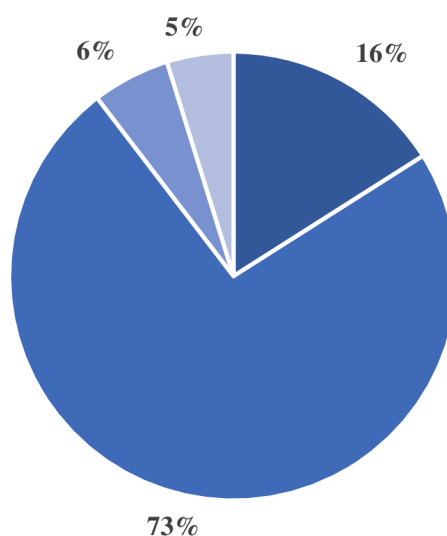


- Škodlivé působení sil a jevů vyvolaných činností člověka, přírodními vlivy, a také havárie, které ohrožují život, zdraví, majetek nebo životní prostředí a vyžadují provedení záchranných a likvidačních prací.
- Škodlivé působení sil a jevů vyvolaných činností člověka, které ohrožují život, zdraví a vyžadují provedení záchranných prací.
- Škodlivé působení sil a jevů vyvolaných přírodními vlivy, které ohrožují majetek nebo životní prostředí a vyžadují provedení likvidačních prací.

Graf 12 – Správné určení definice „mimořádné události“ dle zákona. Zdroj: vlastní výzkum

U otázky č. 12 bylo za cíl zjistit, zda dotazovaní správně určí definici mimořádné události, jejíž znění je uvedeno v zákoně. Správnou odpověď a) Škodlivé působení sil a jevů vyvolaných činností člověka, přírodními vlivy a také havárie, které ohrožují život, zdraví, majetek nebo životní prostředí a vyžadují provedení záchranných a likvidačních prací, určilo celých 122 respondentů z celkového počtu 125, což odpovídalo 98 %. Následující odpověď b) Škodlivé působení sil a jevů vyvolaných činností člověka, které ohrožují život, zdraví a vyžadují provedení záchranných prací, určili zbývající 3 respondenti, tedy 2 %. Poslední možnou variantu c) Škodlivé působení sil a jevů vyvolaných přírodními vlivy, které ohrožují majetek nebo životní prostředí a vyžadují provedení likvidačních prací, neoznačil žádný z dotazovaných respondentů.

Otázka 13 – Evakuace se přednostně plánuje pro následující skupiny obyvatelstva:

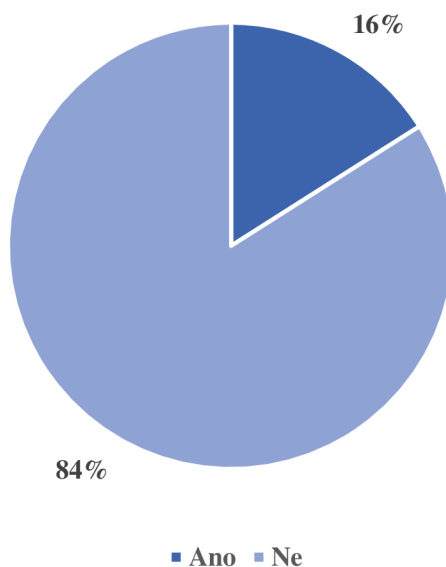


- Děti do 15 let a jejich zákonné zástupce, pacienti ve zdravotnických zařízeních a osoby zdravotně postižené
- Děti do 15 let, pacienti ve zdravotnických zařízeních, osoby umístěné v sociálních zařízeních, osoby zdravotně postižené, doprovod těchto osob
- Osoby se zdravotním a mentálním postižením, včetně jejich doprovodu
- Pouze děti do 18 let

Graf 13 – Přednostní evakuace. Zdroj: vlastní výzkum

Další znalostní otázkou byla otázka č. 13. Zde měli respondenti správně určit, pro jaké skupiny obyvatel se přednostně plánuje evakuace např. v případě vzniku mimořádné události. 20 respondentů (16 %) nesprávně označilo odpověď a) Děti do 15 let a jejich zákonné zástupce, pacienti ve zdravotnických zařízeních a osoby zdravotně postižené. V největším procentu (73 %) byla zvolena odpověď b) Děti do 15 let, pacienti ve zdravotnických zařízeních, osoby umístěné v sociálních zařízeních, osoby zdravotně postižené, doprovod těchto osob. Tuto správnou odpověď označilo 92 respondentů. Následující možnost c) Osoby se zdravotním a mentálním postižením, včetně jejich doprovodu, označilo 7 respondentů, tedy 6 %. A poslední možnost d) Pouze děti do 18 let, byla zvolena pouze ve 5 %, tedy 6 dotazovaných.

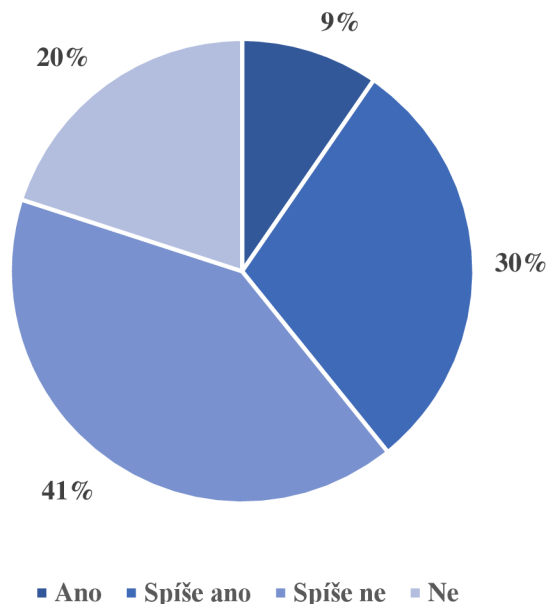
Otázka 14 – Byli jste někdy přítomni jako zdravotníci na místě vzniku mimořádné události s výskytem většího množství osob jedné komunity? (např, romské etnikum, ústav sociální péče, domov důchodců atd.)



Graf 14 – Přítomnost zdravotníků na místě vzniku mimořádné události s výskytem většího množství osob jedné komunity. Zdroj: vlastní výzkum

Tato otázka vypovídá o tom, kolik z dotazovaných zdravotníků bylo někdy přítomno na místě vzniku mimořádné události s výskytem většího množství osob jedné komunity. Jako příklad takové komunity bylo uvedeno např. romské etnikum, ústav sociální péče, domov důchodců atd. Pouze 20 dotazovaných zdravotníků, tedy 16 %, uvedlo, že bylo v průběhu praxe přítomno na místě vzniku mimořádné události s výskytem většího množství osob jedné komunity. Zbývajících 105 respondentů uvedlo odpověď „Ne“, což odpovídalo 84 %.

Otázka 15 – Jsou pro vás, jakožto zdravotníka, prioritní komunitní potřeby vedle zdravotní péče v případě vzniku mimořádné události s hromadným postižením osob nebo v případě nutnosti evakuace.



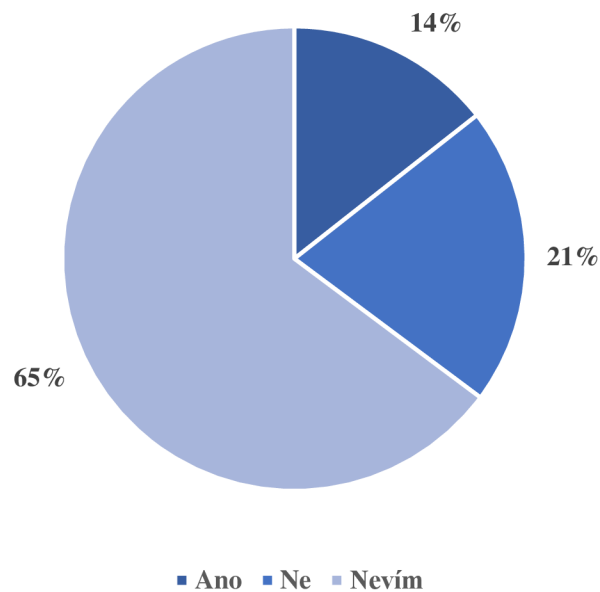
Graf 15 – Priorita komunitních potřeb vedle zdravotní péče pro zdravotníky v případě vzniku mimořádné události s hromadným postižením osob nebo v případě nutnosti evakuace. Zdroj: vlastní výzkum

Z odpovědi na otázku č. 15, zda jsou pro dotazované zdravotníky prioritní komunitní potřeby vedle zdravotní péče v případě vzniku mimořádné události s hromadným postižením osob nebo v případě nutnosti evakuace, bylo zjištěno toto: Možnost „Ano“ zvolil nejmenší počet dotazovaných v počtu 12 (tj. 9 %). Další možností byla varianta „Spíše ano“, tu označilo 37 respondentů, tedy 30 %. Varianta „Spíše ne“ byla označena nejčastěji, tedy 51 respondenty, což odpovídá 41 %. Poslední možnost „Ne“ označilo zbývajících 25 dotazovaných (tj. 20 %).

Součástí této otázky byla nepovinná podotázka, kdy měli respondenti vypsát, jaké komunitní potřeby si pod tímto představují. 50 z dotazovaných tuto otázku nevyplnilo nebo uvedlo, že neví. Byla také uvedena odpověď: záleží na přesně dané situaci. Jeden z respondentů dle mého názoru velmi přesně uvedl: „Komunitní potřeba = vyšší zájem pro tuto skupinu, nadřazen zájmu jednotlivce.“ Zbývajících respondenti uvedli jako příklad komunitních potřeb vedle zdravotní péče v případě vzniku mimořádné události s hromadným postižením osob nebo v případě nutnosti evakuace např.: Respektování

jiných přístupů k léčbě nebo důležitost mužské a ženské role v průběhu záchranných prací. Dále potřeba podání srozumitelných informací s ohledem na jazykovou bariéru, v případě potřeby zajištění tlumočnicka. Dále možnost umožnit postiženým mimořádnou událostí být v přímém kontaktu s nemocným a zůstat spolu či zajistit společný program. Opakovaně byla uvedena potřeba, dá se říci nutnost, poskytování psychologické pomoci zasaženým a blízkým osobám, přítomnost psychologa. Vedle psychologické pomoci byla zmiňována i možnost poskytnutí duchovní péče, víry a zvyků a respektování těchto potřeb, včetně možnosti umožnit mít u sebe náboženské předměty a provádění náboženských rituálů. Opakovaně byla v různém znění zmíněna nutnost splnění základních životních potřeb a zabezpečení prostředků s tím spojených. Jako je zajištění potravin, pitné vody, vhodného oblečení, hygienických potřeb, zajištění nouzového ubytování, pomoc v hledání náhradního ubytování a celková finanční či materiální pomoc včetně pomoci u následných likvidačních prací (např. likvidace domů). Důležitou, vícekrát zmiňovanou potřebou, byla nutnost správné komunikace, předávání informací a snadný přístup k informacím, jak pro samotné postižené mimořádnou událostí, tak i pro jejich rodinu. Citováno z odpovědi jednoho z respondentů: „Nejít do konfliktu s hodnotami komunity, což by vedlo k bojkotování spolupráce a napadení záchranářů“. Dále bylo například uvedeno: „Zachování komunity a její kontakty“. Dále byla zmíněna i potřeba možnosti vyjádřit emoce a důležitost pocitu bezpečí a dodržení soukromí. Více respondentů uvádělo, že se jedná celkově o pomoc zdravotnickou (např. důležitost spolupráce všech v případě vyhlášení traumaplánu), sociální pomoc, sociální začlenění a zachování sociálních potřeb, preventivní péče a respektování kulturních zvyků. V neposlední řadě byla zmiňována potřeba zapojení preventivní péče, neziskových organizací, komunitních center nebo pomoc v sociálních zařízeních, pečovatelské služby či možnost poskytnutí následných rehabilitací jako součást léčby.

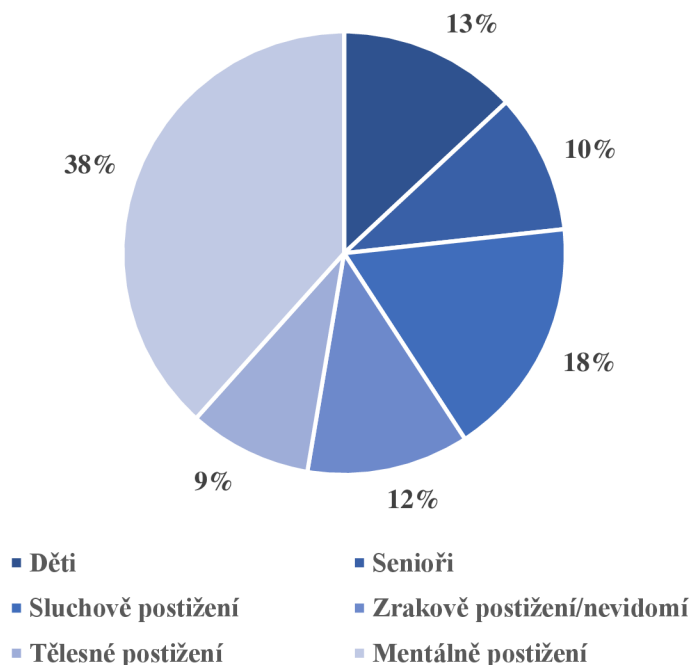
Otázka 16 – Má vaše zdravotnické zařízení/organizace vypracované standardy pro komunitní ošetrovatelství?



Graf 16 – Vypracování standardů pro komunitní ošetrovatelství na pracovišti. Zdroj: vlastní výzkum

Z odpovědí na otázku, kde měli zdravotníci uvést, zda má jejich zdravotnické zařízení nebo organizace vypracované standardy pro komunitní ošetrovatelství bylo zjištěno: Možnost „Ano“ byla zvolena pouze ve 14 %, tedy 18 respondenty. Odpověď „Ne“ zvolilo 26 respondentů (21 %). Nejčastěji ale byla zvolena možnost „Nevím“ a to konkrétně v 65 %, což odpovídá 81 respondentům.

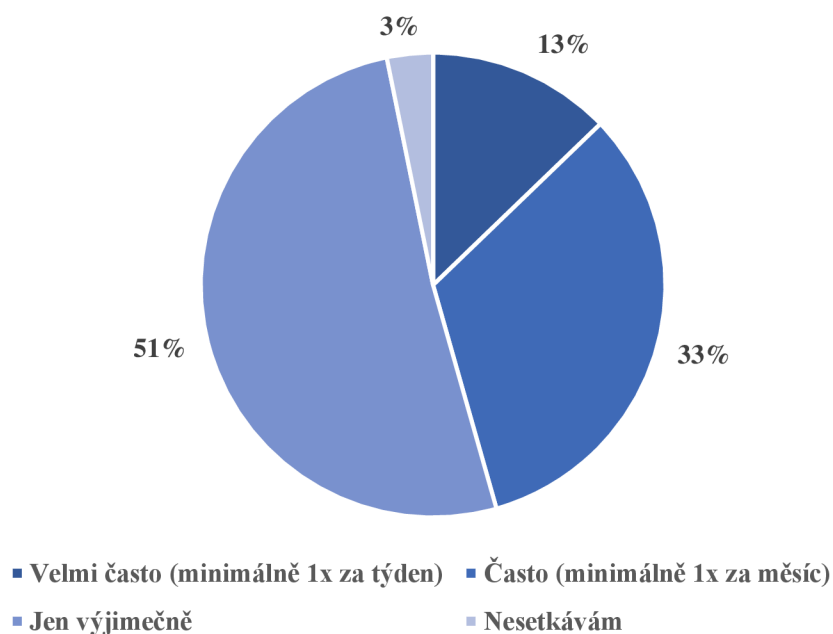
Otázka 17 – U kterých z níže uvedených skupin je pro Vás poskytování péče nejsložitější? (z hlediska poskytování zdravotní péče, komunikace, spolupráce s rodinou a specifických požadavků atd.)



Graf 17 – Složitost poskytování péče ve vybraných skupinách. Zdroj: vlastní výzkum

U této otázky bylo definováno šest skupin, u kterých má poskytování péče svá specifika nejen z hlediska zdravotní péče a komunikace, ale i z hlediska dalších specifických požadavků. Ošetření těchto pacientů může být pro některé zdravotníky složitější. Respondenti tedy měli určit, u kterých z vybraných skupin je pro ně poskytování péče nejsložitější. Mohli zde zvolit více možností. Bylo zjištěno, že jako nejsložitější se zdravotníkům jeví péče o mentálně postižené osoby, kdy tuto možnost zvolili 94x, tedy v 38 % z celkového počtu označených odpovědí. Péče o fyzicky postižené osoby naproti tomu byla označena pouze v 9 % (označena u 22 respondentů). Jako složitou péči u dětí vidí 32 dotazovaných, tedy 13 % a u seniorů 10 % (označeno 25x). U sluchově postižených osob byla odpověď označena 43x, tedy v 18 % z celkového počtu označení. O něco méně byly pak označovány osoby se zrakovým postižením/nevidomí, tedy 29x (12 %).

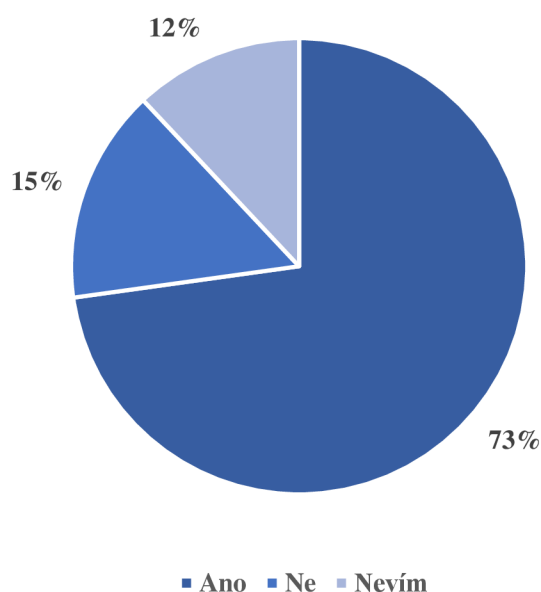
Otázka 18 – Jak často se během své práce setkáváte s pacienty s jazykovou bariérou?



Graf 18 – Četnost výskytu pacientů s jazykovou bariérou v praxi. Zdroj: vlastní výzkum

Otázka 18 měla za cíl zjistit, jak často se dotázaní zdravotníci setkávají s pacienty s jazykovou bariérou (ta nebyla blíže specifikována). Odpověď „Velmi často (minimálně 1x za týden)“ byla zvolena u 16 respondentů, tedy ve 13 %. Druhou možností „Často (minimálně 1x za měsíc)“ zvolilo 41 respondentů, tedy 33 %. Nejčastěji byla označena možnost „Jen výjimečně“ v 51 % (označena 64x). Pouze 4 respondenti uvedli, že se s jazykovou bariérou ve své práci neseťkávají (3 %).

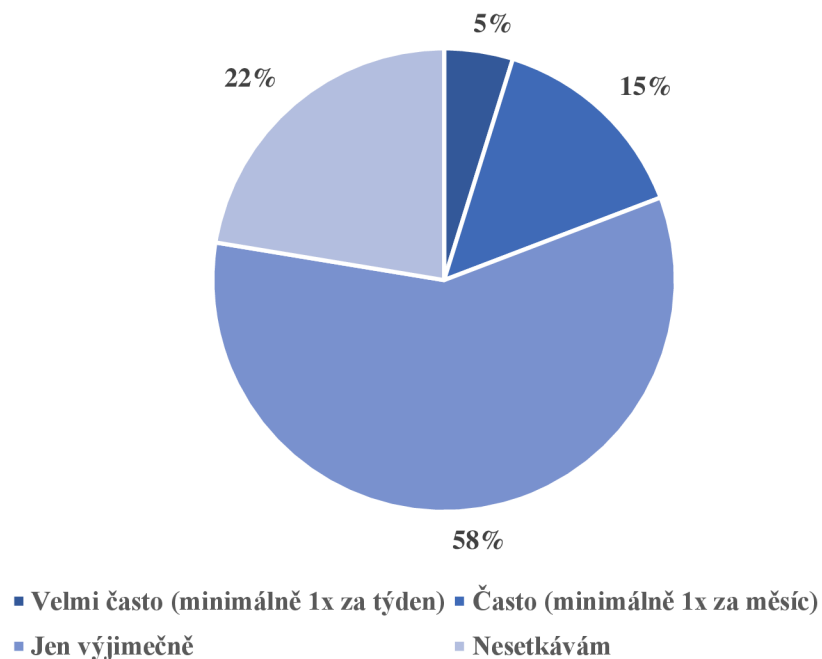
Otázka 19 – Má vaše zdravotnické zařízení/organizace k dispozici tlumočnicka a dokumenty (např. informovaný souhlas/revers) v cizích jazycích?



Graf 19 – Dispozice tlumočnicka a dokumentů v cizích jazycích na pracovišti. Zdroj: vlastní výzkum

S předchozí otázkou, kde bylo zjištěno, že 97 % respondentů se alespoň někdy setkává s jazykovou bariérou, souvisí další otázka, jestli má jejich zdravotnické zařízení/organizace k dispozici tlumočnicka a dokumenty (např. informovaný souhlas/revers) v cizích jazycích. Většina, tedy 91 respondentů, uvedla, že ano, což odpovídá 73 %. Odpověď „Ne“ uvedlo pouze 19 respondentů, tedy 15 %. Ukázalo se ale, že 12 % dotázaných v počtu 15 neví, zda tlumočnicka nebo dokumenty v cizích jazycích jejich zdravotnické zařízení nebo organizace má.

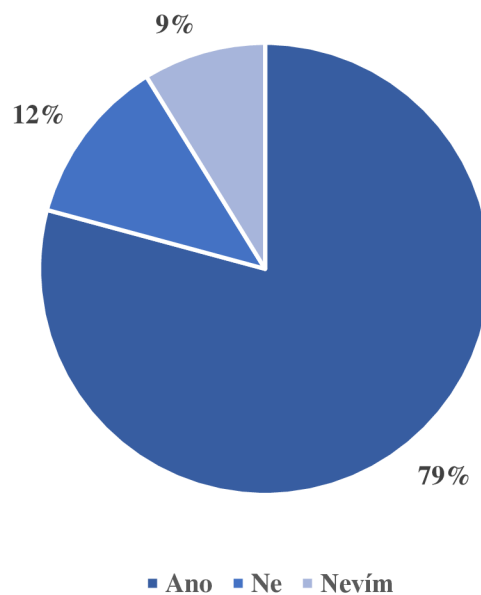
Otázka 20 – Jak často se u pacientů setkáváte s požadavkem na poskytnutí duchovní péče?



Graf 20 – četnost požadavků pacientů na poskytnutí duchovní péče v praxi. Zdroj: vlastní výzkum

Přestože v České republice je velká část populace ateistická (bez vyznání víry), stále je zde nemálo lidí hlásících se k určitému náboženství, především ke křesťanské víře. V dnešní době se ale můžeme čím dál častěji setkat i s vyznáním jiné víry, např. islám, judaismus a další. Tato otázka tedy měla za cíl zjistit, jak často se zdravotníci u pacientů setkávají s požadavkem na poskytnutí duchovní péče. Ta je právě v období nemoci pro mnohé pacienty důležitou potřebou a podporou. 6 respondentů (5 %) uvedlo možnost „Velmi často (minimálně 1x za týden)“. V 15 % byla označena možnost „Často (minimálně 1x za měsíc)“ u 18 respondentů. V 73 případech, tedy nejčastěji, byla zvolena odpověď „Jen výjimečně“, což odpovídalo 58 %. Zbývajících 28 respondentů (22 %) uvedlo, že se u pacientů nesetkávají s požadavkem na poskytnutí duchovní péče.

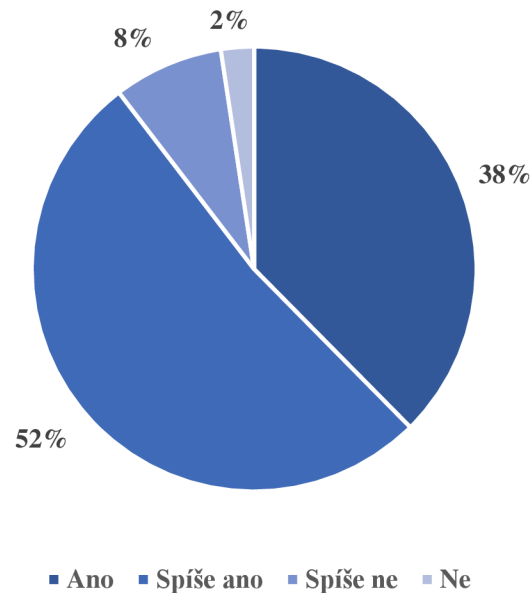
Otázka 21 – Nabízí vaše zdravotnické zařízení/organizace možnost poskytnutí duchovní péče?



Graf 21 – Možnost poskytnutí duchovní péče na pracovišti. Zdroj: vlastní výzkum

S předchozí otázkou tedy souvisí, zda v případě vyžádání si duchovní podpory, má zdravotnické zařízení/organizace možnost duchovní péči poskytnout. Bylo zjištěno: Většina, tedy 99 respondentů, uvedlo možnost „Ano“, což odpovídá 79 %. Odpověď „Ne“ uvedlo 15 respondentů, tedy 12 %. Zbývajících 9 % dotázaných v počtu 11 neví, zda zdravotnické zařízení, kde pracují, má možnost poskytnout duchovní péči.

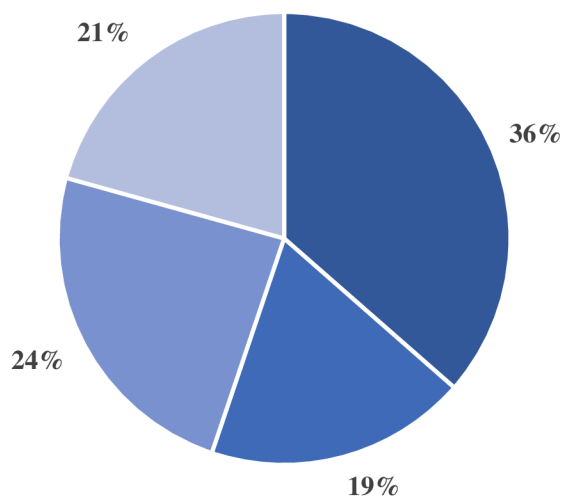
Otázka 22 – Domníváte se, že je důležité, aby zdravotnický personál během poskytování péče u kulturně odlišných skupin – etnické a národnostní menšiny, dbal na jejich odlišnosti?



*Graf 22 – Pečování zdravotnického personálu o etnické a národnostních menšiny.
Zdroj: vlastní výzkum*

U poskytování zdravotní péče se můžeme setkat s pacienty různých etnických či národnostních menšin, kdy se od personálu očekává dodržování a respektování jejich kulturních a náboženských požadavků, které se mohou často lišit od námi používaných a pro nás běžných postupů. Ne vždy ale mohou být v souladu s naším přesvědčením. Proto byla respondentům položena otázka: Domníváte se, že je důležité, aby zdravotnický personál během poskytování péče u kulturně odlišných skupin – etnické a národnostní menšiny, dbal na jejich odlišnosti? Ve 38 % (46 dotázaných) byla označena možnost „Ano“ a v 52 % byla označena možnost „Spíše ano“. Tuto odpověď tedy zvolilo 65 respondentů. Odpověď „Spíše ne“ označilo 10 respondentů (8 %). Zbývající 3, tedy 2 %, zvolili odpověď „Ne“.

Otázka 23 – S jakými problémy se nejčastěji setkáváte při péči o pacienty z odlišných kulturních skupin (etnické a národnostní menšiny)?

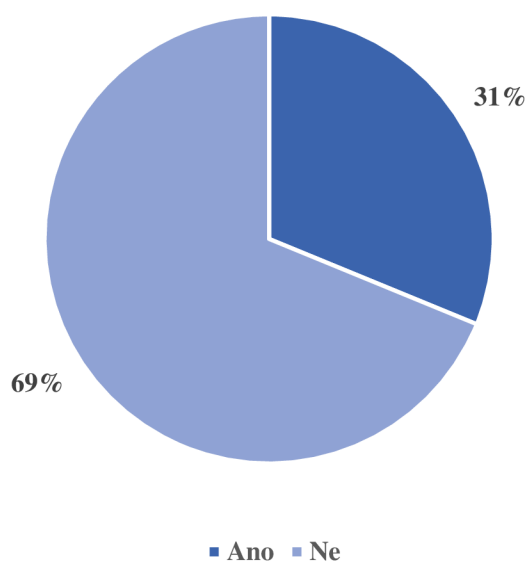


- Jazyková bariéra
- Agresivita ze strany pacientů anebo rodiny
- Nerespektování nebo odmítání léčebného postupu
- Nesplnitelné požadavky odlišné kultury a zvyků pacientů anebo rodiny

Graf 23 – Problémy při péči o pacienty z odlišných kulturních skupin. Zdroj: vlastní výzkum

U otázky, s jakými problémy se nejčastěji setkávají zdravotníci při péči o pacienty z odlišných kulturních skupin (etnických a národnostních menšin), byly stanoveny 4 problémy, se kterými se, dle mého názoru, mohou zdravotníci setkávat v největší míře. Dotazovaní měli možnost uvést i jinou možnou odpověď, tuto možnost ale nevyužili a vždy označili některé z předepsaných možností. Mohli zde zvolit i více možností. Nejčastěji, tedy v případě 74 respondentů, což odpovídá 36 % z celkového počtu označení jednotlivých odpovědí, byla označena jazyková bariéra. Agresivita ze strany pacientů nebo rodiny byla označena u 38 respondentů (19 % z celkového počtu označení). Nerespektování nebo odmítání léčebného postupu vidí jako problém 49 dotazovaných (24 %). Poslední možnost, tedy nesplnitelné požadavky odlišné kultury a zvyků pacientů nebo rodiny, označilo 42 respondentů, tedy 21 % z celkového počtu značených možností.

Otázka 24 – Setkali jste se během své praxe s případem, kdy rodič odmítl ošetření (vyšetření, RTG, CT, podání transfuze atd.) u nezletilého pacienta?



Graf 24 – Odmítnutí ošetření nezletilého pacienta rodičem. Zdroj: vlastní výzkum

U poslední otázky byli respondenti tázáni, zda se někdy během své praxe setkali s případem, kdy rodič odmítl ošetření u nezletilého pacienta. Většina, tedy 86 respondentů, což odpovídalo 69 %, uvedla, že se s takovým případem během své praxe nesešla. Zbývajících 39 respondentů, tedy 31 %, ale odpovědělo, že ano. Pokud byla odpověď na tuto otázku „Ano“, měli zdravotníci uvést, o jaký typ ošetření, vyšetření či léčebný postup se jednalo a mohli uvést více případů. Ve 25 případech bylo uvedeno, že se setkali s případem odmítnutí podání transfuzních přípravků nebo krevních derivátů nezletilé osobě. Dále bylo mezi zákroky uvedeno např. RTG vyšetření, nepodání souhlasu s magnetickou rezonancí a následné neprovedení tohoto vyšetření, nesouhlas s provedením tracheostomie nebo zavedením intrakraniálního čidla. Dále nebyl udělen souhlas s operačním výkonem, s podáním anestezie a v dalším případě s drobným chirurgickým zákrokem. Další z respondentů uvedl, že se setkal s odmítnutím inzulinoterapie pro dítě. Dva respondenti uvedli, že se setkali s případem, kdy rodiče požadovali pro své dítě ošetření lékařkou a odmítli ošetření lékařem (mužem). Mezi příklady byly ale uvedeny i případy odmítnutí léčiva jako např. podání antibiotické léčby, kortikoidů, povinného očkování či očkování na tetanus. Mezi velmi specifický případ, který byl uveden, patří nesouhlas rodičů s darováním orgánů zemřelého pacienta. V dalším případě se nejednalo přímo o odmítnutí ošetření nebo provedení

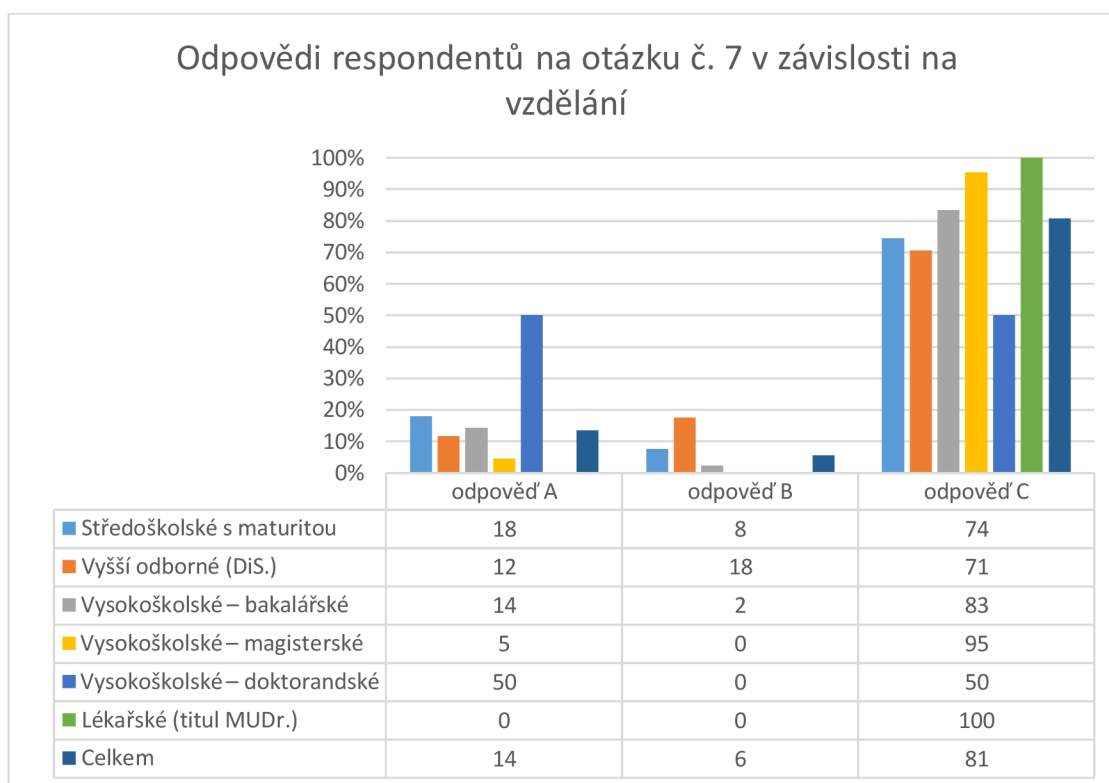
zdravotnického výkonu, ale spíše o nerespektování požadavků nutných pro výkon, kdy matka odmítla, aby dítě lačnilo před operací, což může následně ohrozit průběh výkonu a tím zdraví pacienta. A v posledním případě se jednalo spíše také o nestandardní požadavek ze strany matky, která vyžadovala svou přítomnost u nezletilé osoby na operačním sále po celou dobu trvání anestezie.

Grafické vyhodnocení odpovědí respondentů závislosti mezi nejvyšším dosaženým vzděláním a teoretickými znalostmi v problematice komunitní péče s ohledem na zdravotní péči a její využití během a po mimořádných událostech.

U otázek 7, 8, 12 a 13 existovala z více možností pouze jedna správná odpověď. Jednotlivé odpovědi respondentů na tyto otázky jsou vyhodnoceny pomocí následujících grafů – uváděny v procentech.

Otázka 7 – Jaká z následujících možností definuje komunitní péči?

- a) Komunitní péče je soubor zdravotních služeb, které jsou poskytovány nemocným občanům a jejich rodinám. Komunitní péče je zaměřena především na nemocného jedince a vyhledávání dalších nemocných v jeho rodině a vychází z potřeb nemocného.
- b) Komunitní péče je poskytována praktickým lékařem při prvním kontaktu s daným pacientem. Jde o soubor zdravotních, sociálních a dalších služeb, které jsou poskytovány nemocným a zdravým občanům, rodinám, skupinám určité komunity.
- c) Komunitní péče je soubor zdravotních, sociálních a dalších služeb, které jsou poskytovány nemocným a zdravým občanům, rodinám, skupinám určité komunity. Komunitní péče je zaměřena na skupiny a celé komunity a činnosti vycházejí přímo z potřeb komunity.**



Graf 25 – vyhodnocení odpovědí respondentů v otázce 7, závislost na vzdělání. Zdroj: vlastní výzkum

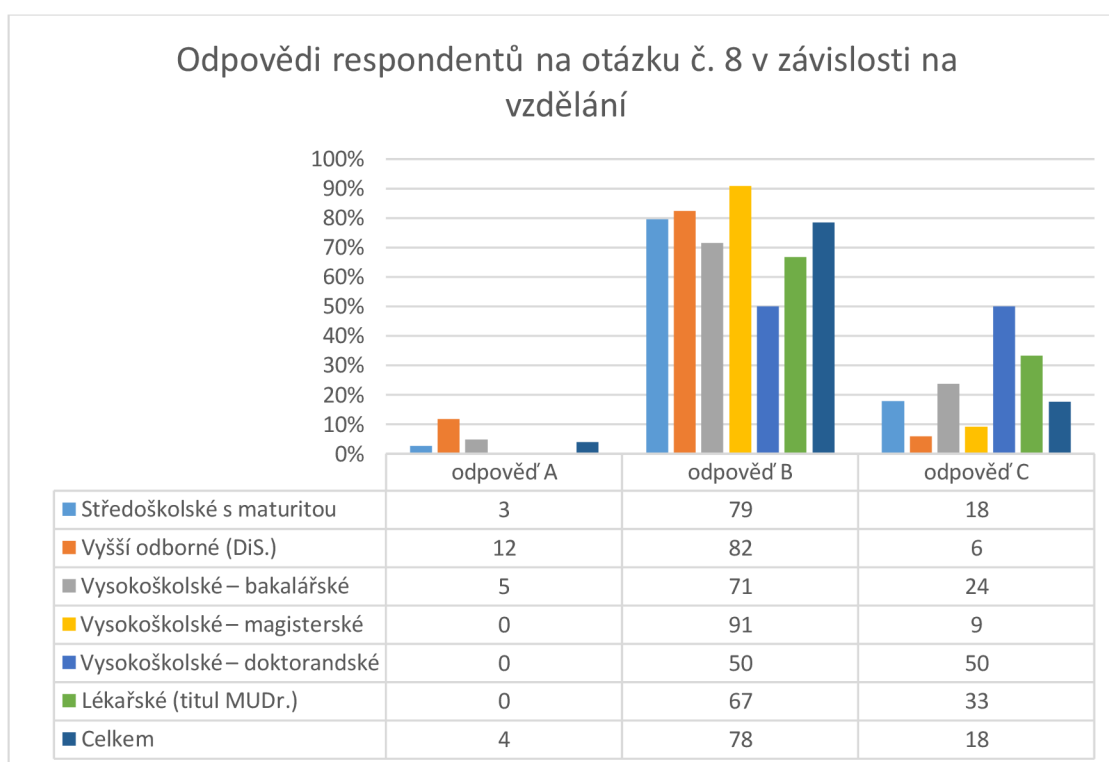
Správnou odpověď C „Komunitní péče je soubor zdravotních, sociálních a dalších služeb, které jsou poskytovány nemocným a zdravým občanům, rodinám, skupinám určité komunity. Komunitní péče je zaměřena na skupiny a celé komunity a činnosti vycházejí přímo z potřeb komunity.“ označilo 101 respondentů, tedy celkem 81 %. Nejlépe tak na tuto otázku odpověděli respondenti s lékařským vzděláním, kde správnou odpověď označilo celých 100 % respondentů s tímto nejvyšším dosaženým vzděláním. Následovali respondenti s vysokoškolským magisterským vzděláním, kteří odpověděli správně v 95 %. Na třetím místě v počtu procentuálně správných odpovědí byli respondenti s vysokoškolským bakalářským vzděláním s úspěšností 83 %. Naopak procentuálně nejnižší označení správné odpovědi je u vysokoškolského doktorandského vzdělání a následně u vyššího odborného vzdělání.

Otázka 8 – Jaká z následujících možností definuje komunitu?

a) Komunitou označujeme pouze malou skupinu lidí cca do 10 osob, které se navzájem znají a často bývají v příbuzenském vztahu.

b) Komunita je sociální skupina determinovaná geografickými hranicemi a/nebo společnými hodnotami a zájmy. Její členové se navzájem znají a vzájemně se ovlivňují.

c) Komunita je sociální skupina velkého počtu lidí se společnými hodnotami a zájmy. Její členové se navzájem většinou neznají.



Graf 26 – vyhodnocení odpovědi respondentů v otázce 8, závislost na vzdělání.

Zdroj: vlastní výzkum

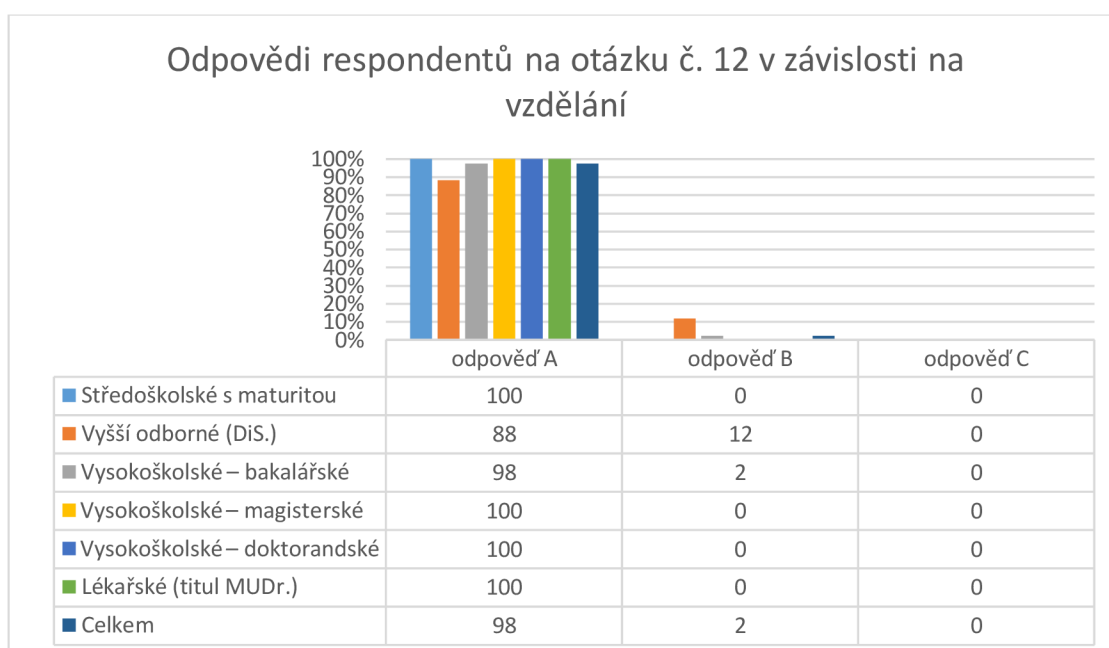
U otázky č. 8 správnou odpověď B „Komunita je sociální skupina determinovaná geografickými hranicemi a/nebo společnými hodnotami a zájmy. Její členové se navzájem znají a vzájemně se ovlivňují.“ označilo 98 respondentů, tedy 78 %. Nejlépe tak na tuto otázku odpověděli respondenti s vysokoškolským magisterským vzděláním, kde správnou odpověď označilo 91 % respondentů. Následovali respondenti s vyšším odborným vzděláním, kteří odpověděli správně v 82 %. Naopak procentuálně nejnižší označení správné odpovědi je u respondentů s vysokoškolským doktorandským vzděláním (50 %) a lékařským vzděláním (67 %).

Otázka 12 – Jak je dle zákona definována mimořádná událost?

a) Škodlivé působení sil a jevů vyvolaných činností člověka, přírodními vlivy a také havárie, které ohrožují život, zdraví, majetek nebo životní prostředí a vyžadují provedení záchranných a likvidačních prací.

b) Škodlivé působení sil a jevů vyvolaných činností člověka, které ohrožují život, zdraví a vyžadují provedení záchranných prací.

c) Škodlivé působení sil a jevů vyvolaných přírodními vlivy, které ohrožují majetek nebo životní prostředí a vyžadují provedení likvidačních prací.



Graf 27 – vyhodnocení odpovědí respondentů v otázce 12, závislost na vzdělání. Zdroj: vlastní výzkum

Správnou odpověď A „Škodlivé působení sil a jevů vyvolaných činností člověka, přírodními vlivy a také havárie, které ohrožují život, zdraví, majetek nebo životní prostředí a vyžadují provedení záchranných a likvidačních prací.“ označilo 122 respondentů, tedy 98 %. U této otázky tak respondenti chybovali pouze ve 3 případech. Chybná odpověď se vyskytovala u respondentů s vysokoškolským bakalářským vzděláním.

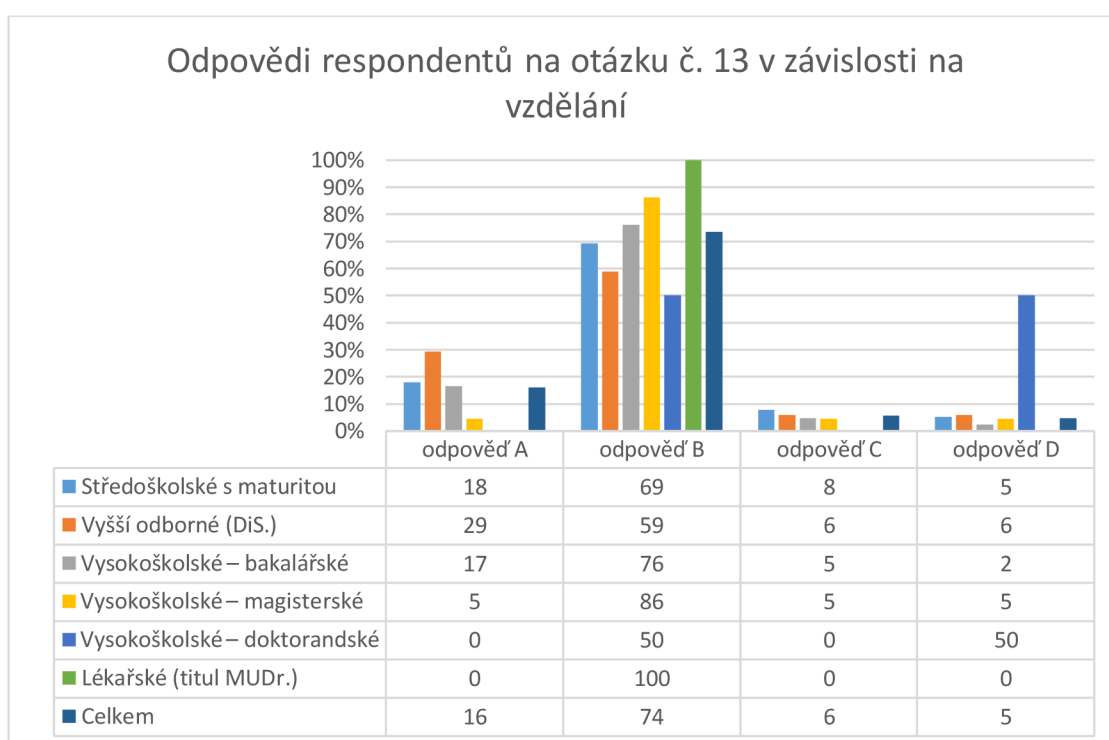
Otázka 13 – Evakuace se přednostně plánuje pro následující skupiny obyvatelstva:

a) Děti do 15 let a jejich zákonné zástupce, pacienti ve zdravotnických zařízeních a osoby zdravotně postižené

b) Děti do 15 let, pacienti ve zdravotnických zařízeních, osoby umístěné v sociálních zařízeních, osoby zdravotně postižené, doprovod těchto osob

c) Osoby se zdravotním a mentálním postižením včetně jejich doprovodu

d) Pouze děti do 18 let



Graf 28 – vyhodnocení odpovědi respondentů v otázce 13, závislost na vzdělání. Zdroj: vlastní výzkum

V poslední znalostní otázce měli respondenti určit, pro které skupiny obyvatelstva se v případě potřeby přednostně plánuje evakuace. Správnou odpověď B „Děti do 15 let, pacienti ve zdravotnických zařízeních, osoby umístěné v sociálních zařízeních, osoby zdravotně postižené, doprovod těchto osob“ označilo 92 respondentů, tedy celkem 74 %. Nejlépe tak na tuto otázku odpověděli respondenti s lékařským vzděláním, kde správnou odpověď označilo 100 % respondentů s tímto nejvyšším dosaženým vzděláním. Následovali respondenti s vysokoškolským magisterským vzděláním, kteří odpověděli správně v 86 %.

5 Diskuze

Problematika komunitní péče se stává v České republice stále častějším tématem. Jak uvádí Jarošová, komunitní ošetrovatelství není u nás novým suboborem ošetrovatelství, rozvíjelo se již historicky, ale teprve v roce 1989 se u nás v praxi začal rozvíjet jeden z klíčových prvků komunitního ošetrovatelství – domácí péče (Jarošová, 2007). Cílem práce bylo tedy shrnout problematiku komunitní péče s ohledem na zdravotní péči a ukázat na význam a vliv zdravotníků v komunitní péči o pacienty, kteří byli zasaženi mimořádnou událostí. Důležité bylo zjistit, zda respondenti vůbec znají pojem komunitní péče, a tak byla položena otázka: „Setkal/setkala jste se někdy s pojmem komunitní péče?“ Převážná většina zvolila možnost „Ano“. U zbylých respondentů je ale možné, a lze předpokládat, že někteří z nich sice neznají samotný pojem a označení, ale v praxi se s využitím této péče mohli setkat. Respondenti, kteří zvolili možnost „Ne“, proto nebyli z dotazníkového šetření vyřazeni. Jak se následně ukázalo v následujících otázkách, i tyto respondenti byli schopni správně odpovídat na znalostní otázky i na další otázky zjišťující, jak se s touto problematikou setkávají v praxi. Z grafů je patrné, že dotazník byl vyplněn respondenty různých věkových skupin s různou délkou praxe. Ve výzkumném vzorku převažovaly ženy. Tato převaha se dala očekávat, jelikož ve zdravotnictví stále pracují převážně ženy, i když v posledních letech dochází k nárůstu počtu mužů pracujících v oboru zdravotnictví.

Z teoretické části práce vychází čtyři vědomostní otázky, vždy s jednou správnou odpovědí, které mají za cíl odpovědět na výzkumnou otázku. Respondenti měli na výběr z více možností. Nemůžeme ale očekávat, že člověk, který se problematikou komunitní péče podrobně nezabíral nebo se nikdy neseťkal s krizovým plánováním nebo o této problematice slyšel jen základní informace, např. při studiu, bude umět doslovně definovat např. mimořádnou událost definovanou zákonem. Často byly proto odpovědi podobné a lišily se např. pouze v pár slovech. Cílem nebylo respondenty zmást, ale naopak je donutit, aby si odpovědi pozorně pročetli a byli schopni po zamyšlení správnou odpověď logicky odvodit. Respondenti měli správně určit definici komunitní péče a komunity, dále určit definici mimořádné události a správně určit, pro které skupiny obyvatelstva se plánuje přednostní evakuace. Výzkumná otázka zněla, jaká je informovanost a úroveň znalostí zdravotníků v možnosti využití komunitní péče během a po mimořádných událostech. Na základě vyhodnocení znalostních otázek, kdy u všech

otázek byla četnost správných odpovědí nad 70 %, můžeme říci, že úroveň znalostí zdravotníků v této problematice je dostačující. V dnešní době se v rámci nácviku společného zásahu složek IZS pořádají i taktická cvičení, kde je nutné evakuovat osoby, které se v případě vzniku MU evakuují přednostně. Dochází např. k nácviku situace nutnosti evakuace pacientů ze zdravotnických zařízení. Takový nácvik byl realizován např. v roce 2014 v tábořské nemocnici, v roce 2018 ve FN Olomouc a v roce 2019 v dialyzačním středisku B. Braun Avitum na pražské Bulovce, kde bylo nutné evakuovat dvacet figurantů napojených na přístrojích. Poprvé v historii proběhla evakuace pacientů dialyzačního střediska tzv. metodou EVAZZ (evakuace zdravotnických zařízení) vycházející z třídící metody START, kdy jsou pacienti rozděleni barevnými páskami do čtyř skupin ohrožení na základě schopnosti pacienta se samostatně pohybovat nebo potřeby kontinuální terapie a přístrojové podpory (Votava, 2020).

Respondenti byli také tázáni, zda byli již v průběhu studia seznámeni s pojmem komunitní péče a komunitní ošetrovatelství. Jak se ukázalo, ve vzdělávacím systému není stále normou studenty seznamovat s touto problematikou. Z výsledků je patrné, že existuje závislost mezi typem studia, kde studenti jsou s problematikou seznamováni a kde naopak tuto problematiku řeší jen minimálně nebo vůbec. Bylo ale také zjišťováno, zda existuje závislost mezi teoretickými znalostmi v problematice komunitní péče a dosaženým vzděláním respondentů. Tyto výsledky byly opět vyhodnoceny pomocí grafů, z kterých je patrné, že neexistuje žádná výrazná souvislost mezi správně zvolenými odpověďmi a dosaženým vzděláním.

Dalším cílem bylo zjistit, zda jsou pro zdravotníky prioritní komunitní potřeby vedle zdravotní péče v případě vzniku MU s hromadným postižením osob nebo v případě nutnosti evakuace. Pokud si představíme místo vzniku mimořádné události s větším množstvím zasažených osob, je logické, že prioritní bude vždy zvládnutí situace jako takové, koordinace a spolupráce složek IZS. Ač je každý takový zásah specifický a přesný postup nelze nikdy předem 100 % natrénovat, existují jistě předem jasné úkoly a postupy, dle kterých budou složky IZS postupovat. Např. u zdravotnické složky se při větším počtu zraněných budeme vždy řídit především typem a závažností poranění a postupovat dle třídícího systému START. Na plnění specifických požadavků určitých komunit tak nemusí být vždy čas a možnost tyto požadavky splnit. I přes to, že bychom chtěli pacientům vyjít vstříc, tato možnost nebo ochota členů záchranných složek

nemusí být vždy samozřejmostí. Zdravotníci měli dále uvést, jaké potřeby si pod tím představují. Jak jsem již zmiňovala, jeden z respondentů dle mého názoru velmi přesně uvedl: „*Komunitní potřeba = vyšší zájem pro tuto skupinu, nadřazen zájmu jednotlivce.*“ Cílem správné pomoci a spolupráce je dle citace jednoho z respondentů: „*Nejít do konfliktu s hodnotami komunity, což by vedlo k bojkotování spolupráce a napadení záchranářů*“.

Existuje tedy i celá řada pacientů vyžadujících specifický přístup. Bylo tedy vybráno několik skupin lidí, u kterých je poskytování péče specifické a pro zdravotnické pracovníky ve spoustě případů náročnější. Ať už z pohledu samotné zdravotní péče, ale i komunikace, spolupráce s rodinou a plnění specifických požadavků. Ukázalo se, že za nejsložitější považují péči o mentálně postižené osoby. Tito pacienti vyžadují odbornou péči celé řady specializací, kdy tolik rolí nelze zastoupit v roli jednoho zdravotníka. Oproti tomu tělesně postižené osoby označila jen malá část respondentů. Protože se jedná o omezení především pohybových schopností nebo např. o pacienty závislé na plicní ventilaci, tito lidé nejsou poznamenáni změnou intelektu a schopností komunikace, pokud se tedy nejedná o kombinované postižení. Pro zdravotníka to tedy znamená odlišný přístup, ale tyto postupy se dají naučit a není omezena klíčová možnost komunikace a spolupráce mezi pacientem a zdravotníkem. Pokud se jedná o sluchová a zraková postižení, respondenti uvedli častěji, že pro ně je složitější péče o sluchově postižené osoby. Další, často označovanou, specifickou skupinou byly děti. Péče o děti nebývá natolik složitá z hlediska např. fyzické náročnosti, jde ale o specifický přístup, který děti vyžadují a který je právě pro velkou část zdravotníků velmi složitý a odlišný od jiných pacientů. Včetně zvolení správné komunikace s ohledem na věk nebo jazykovou bariéru malých dětí. U dětí navíc vždy musíme spolupracovat s rodičem nebo příbuzným, v tu chvíli musíme vhodně zvolit způsob komunikace, podávání srozumitelných informací jak dítěti, tak rodiči. U dětí se navíc můžeme setkat s odmítáním péče či specifickými požadavky rodičů. Zajímalo mě tedy, zda se zdravotníci setkávají s případy, kdy rodič odmítl ošetření/vyšetření u nezletilého pacienta. Relativně mnoho respondentů uvedlo, že ano. V této chvíli nastává často velký problém. V akutním ohrožení života pacienta je rozhodnutí na lékaři a jsou provedena všechna život zachraňující vyšetření a léčebné postupy. Pokud se ale nejedná o akutní, život ohrožující stav, je nutný souhlas zákonného zástupce. Rodiče mohou odmítat doporučené postupy z mnoha důvodů, ať už z náboženského či osobního přesvědčení,

tak z obavy ze samotných následků léčebného postupu. Zde ale nastává konflikt mezi jednáním rodiče a nemožnosti lékaře a zdravotnického personálu pomoci dítěti dle svého vědomí a nastává pocit bezmoci. Pokud respondenti uvedli, že se takovým případem setkali, měli uvést o jaký typ ošetření, vyšetření či léčebného postupu se jedná. Uveden byl i případ, kdy rodiče požadovali pro své dítě ošetření pouze lékařkou, tento problém je závažný opět v případě akutního ohrožení života a zdraví malého pacienta. I přes to, že bychom rádi vyhověli přání rodičů, ne vždy je na pracovišti přítomný jiný lékař/lékařka určité odbornosti, který by byl schopen řešit konkrétní nastalý problém či úraz. Rodičům je třeba vysvětlit situaci a ujasnit následky, které by mohlo odmítnutí péče mít. Za odmítáním léčby může být často např. strach z výkonu nebo nedostatek informací nebo nedůvěra ke zdravotníkovi. Důležité tedy je podat dostatečné množství informací a empatickým a vstřícným přístupem si získat důvěru rodiče, že veškeré postupy a vyšetření, které provádíme, jsou ku prospěchu nezletilého pacienta. Může se ale jednat např. o nestandardní požadavek ze strany matky, jak bylo uvedeno jedním z respondentů, která vyžadovala přítomnost u nezletilé osoby na operačním sále po celou dobu trvání anestezie. Jak je uvedeno v zákoně č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách: *„Pacient má při poskytování zdravotních služeb právo na nepřetržitou přítomnost zákonného zástupce, popřípadě osoby určené zákonným zástupcem, pěstouna nebo jiné osoby, do jejíž péče byl pacient na základě rozhodnutí soudu nebo jiného orgánu svěřen, je-li nezletilou osobou, a to v souladu s jinými právními předpisy a vnitřním řádem, a nenaruší-li přítomnost těchto osob poskytnutí zdravotních služeb“* (zákon č. 372/2011 Sb.). Právě v rozporu s vnitřním řádem či případným narušením poskytování zdravotní péče se lze setkat např. na operačních sálech nebo jiných specializovaných pracovištích jako např. JIRP nebo ARO, kde není přítomnost nebo nepřetržitá přítomnost zákonného zástupce možná z vícero důvodů, i z důvodu chodu samotného oddělení. Může se také ale jednat o situaci, kdy je nutné respektovat ochranu práv jiného pacienta. Např. soukromí při konzultaci zdravotního stavu či při vyšetření. V takovém případě lze zákonného zástupce požádat, aby na nezbytně nutnou dobu opustil pokoj.

V rámci komunitní péče se zdravotníci mohou potkávat i s osobami jiných národností a etnik. Bylo proto zjišťováno, zda má zdravotnické zařízení/organizace, kde respondenti pracují, k dispozici tlumočnicka a dokumenty (např. informovaný souhlas/revers) v

cizích jazycích. Převážná většina uvedla, že ano. Objevilo se ale i označení možnosti „Nevím“, což svědčí buď o nezájmu zaměstnance nebo o nedostatečné informovanosti ze strany zaměstnavatele. Pokud by nastala situace, kdy by byla potřeba např. tlumočnický, zdravotník by nevěděl, jak v dané situaci postupovat, což vzhledem k nutnosti řešení zdravotních obtíží považují za velký nedostatek. Většina, především větších, zdravotnických zařízení již dnes běžně disponuje možností kontaktovat tlumočnický v několika jazycích a má k dispozici základní dokumenty jako informované souhlasy nebo revers např. v angličtině, němčině, polštině, ukrajinštině a dalších jazycích. Stejně tak bylo cílem zjistit, jak často se zdravotníci setkávají s požadavkem na poskytnutí duchovní péče a opět zda jejich zdravotnické zařízení má možnost poskytnout duchovní péči. Právě v období nemoci je pro mnohé z pacientů důležitou potřebou a podporou právě duchovní péče. Ve zdravotnických zařízeních se dnes již naštěstí můžeme setkat s možností kontaktovat členy týmu duchovní péče a přímo v prostorách nemocnice zařídit např. duchovní podporu pacientům i příbuzným, zprostředkovat na vyžádání kontakt s duchovními z různých církví a náboženských společností nebo uspořádání náboženských obřadů a modliteb. Zástupci církví se ale školí např. i v možnosti pomoci při MU. V roce 2005 proběhl seminář Diecézní charity Plzeň, kde vznikl sborník s příspěvky ze semináře s názvem „*Duchovní péče při mimořádných událostech*“. Zahraničním hostem byl zde představen model poskytování takové péče v Německu. Duchovní křesťanských církví a pracovníci charitativních organizací se měli možnost školit v poskytování pomoci občanům v krizových situacích a při hromadných neštěstích (Česká biskupská konference, 2005). Jak je ve sborníku uvedeno: „*Posláním duchovní služby při mimořádných událostech je poskytnout péči příbuzným zemřelých, nezraněným účastníkům události, evakuovaným občanům a těm, kteří prožili traumatizující událost, ale také zaopatřit zemřelé (zajistit důstojnost)*“ (Šimr, 2005, str. 25). Je vždy důležité dbát a snažit se vyhovět přáním pacienta, tedy pokud tím není ohrožena kvalita zdravotní péče. Je ale pravdou, že některé požadavky určitých náboženství a kultur mohou být v rozporu s našim přesvědčením. Povinností zdravotníků je pacienta informovat o rizicích vyplývajících z jeho rozhodnutí, ale jeho přání musí být respektováno.

6 Závěr

Problematika komunitní péče s ohledem na zdravotní péči během a po mimořádných událostech je velice obsáhlé téma, které můžeme chápat jako zásah složek IZS na místě hromadného postižení osob jedné komunity (etnické, národnostní menšiny, v místě sociálních zařízení např. v domově pro seniory atd.) nebo jako případ, kdy je zasažena jedna osoba patřící pod určitou komunitu. Také ale i z pohledu situace, kdy je MU zasažena osoba/osoby, které budou následkem události či zranění v budoucnu vyžadovat využití komunitních služeb. Cílem práce bylo shrnout problematiku komunitní péče především s ohledem na zdravotní péči a ukázat na význam a vliv zdravotníků v komunitní péči o pacienty, kteří byli zasaženi mimořádnou událostí. V práci proto byla shrnuta komunitní péče jako celek, včetně definice komunity, komunitního ošetřovatelství, komunitního plánování, včetně zapojení celého multidisciplinárního týmu v čele s komunitní sestrou a institucemi, které tuto péči poskytují. Následující kapitoly se věnovaly mimořádným událostem s přihlédnutím na zásah složek ZZS u hromadného postižení osob, možnosti evakuace, především s přihlédnutím na využití přednostní evakuace pro určité skupiny obyvatelstva. Pro následné ujasnění specifik poskytování zdravotní péče byly vybrány skupiny osob vyžadující specifický přístup zdravotní a ošetřovatelské péče, včetně dětí, seniorů, osob se zdravotním či mentálním postižením a dále osob z odlišných kulturních menšin.

Výzkumná otázka zněla: „Jaká je informovanost a úroveň znalostí zdravotníků v možnosti využití komunitní péče během a po mimořádných událostech?“ V praktické části práce tak byly od 125 zdravotníků s různou délkou praxe i současným místem zaměstnání zjišťovány formou kvantitativního průzkumu prostřednictvím anonymních dotazníků jejich teoretické znalosti, ale také jejich zkušenosti z praxe. Ač čtvrtina dotazovaných uváděla, že se neseťkali s pojmem komunitní péče, úspěšnost odpovědí na čtyři znalostní otázky byla u všech těchto otázek vyšší než 70 %. Jejich informovanost k tématu tak považují za dostatečnou. Zdravotníci byli schopni i správně vypsat několik komunit, které se na území ČR vyskytují v nejvyšší míře. A to i přes to, že více než polovina respondentů uvedla, že se v průběhu své praxe neseťkali s využitím komunitní péče a více než 80 % dotazovaných uvádí, že nikdy nebyli přítomni jako zdravotníci na místě vzniku mimořádné události s výskytem většího množství osob jedné komunity. Je tak vidět, že celková nabídka komunitní péče a informovanost o ní

je v ČR stále opomíjené téma. Kapitoly z diplomové práce tak mohou sloužit i ke studijním účelům na toto téma. Na základě výsledků dotazníkového šetření se totiž také ukázalo, že jen něco málo přes polovinu respondentů uvedlo, že byli s problematikou komunitní péče seznámeni již v průběhu studia. Z jednoho z grafů je patrné, že existuje závislost mezi typem studia, kde studenti jsou s problematikou seznamováni, a kde naopak tuto problematiku řeší jen minimálně nebo vůbec. Následně by tedy pro praxi bylo přínosné, aby byli studenti s touto problematikou seznamováni, a tím by se zvýšila informovanost budoucích zdravotníků. Tito zdravotníci by se tak uměli v této problematice lépe pohybovat a měli do budoucna možnost nabídnout svým pacientům možnost využití komunitní péče.

Seznam použité literatury

1. ANDRŠOVÁ, A., 2012. *Psychologie a komunikace pro záchranáře v praxi*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-4119-2.
2. ARMSTRONG, M., TAYLOR, S., 2015. *Řízení lidských zdrojů*. Praha: Grada, ISBN 975-80-247-5258-7.
3. BEDNAŘÍK, A., ANDRÁŠIOVÁ, M., 2020. *Komunikace s nemocným: sdělování nepříznivých informací*. Praha: Grada, ISBN 978-80-271-2288-2.
4. BLACK, J., HAWKS, J., KEENE, A., 2001. *Medical Surgical Nursing: Clinical Management for Positive Outcomes*. 6th ed. Philadelphia: Saunders, ISBN: 978-0-7216-8198-6.
5. BURNARD, P., GILL, P., 2008. *Culture, Communication and Nursing*. New York: Routledge – Taylor & Francis, ISBN: 978-0-13-232892-0.
6. DAVIDOVÁ, E., 1995. *Cesty Romů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, ISBN: 80-7067-533-8.
7. DIVINOVÁ, J., *Svět má chronický nedostatek zdravotních sester, varuje WHO*. *Idnes.cz* [online]. 10. dubna 2020 [cit. 2022-01-12]. Dostupné z: https://www.idnes.cz/ekonomika/zahranicni/zdravotni-sestry-nedostatek-who.A200407_155133_eko-zahranicni_div.
8. DOENGES, M. E., MOORHOUSE, F., MURR, A., 2014. *Nursing Care Plans – Guidelines for Individualizing Client Care Across the Life Span*. 6th ed, Philadelphia: F. A. Davis Company, ISBN: 978-0-8036-3041-3.
9. FENDRYCHOVÁ, J., KLIMOVIČ, M. et al., 2005. *Péče o kriticky nemocné dítě*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, ISBN: 80-7013-427-5.
10. FOLWARCZNY, L., POKORNÝ, J., 2006. *Evakuace osob*. Ostrava: Sdružení požárního a bezpečnostního inženýrství, SPBI Spektrum [Sdružení požárního a bezpečnostního inženýrství], ISBN 80-86634-92-2.
11. GIGER, J. N., HADDAD L., 2020. *Transcultural Nursing – Assessment and Intervention*. 8th Ed. Amsterdam: Elsevier – Health Sciences Division. ISBN: 978-0-323-69554-1.
12. HANZLÍKOVÁ, A. et al., 2007. *Komunitní ošetrovatelství*. Martin: Osveta, ISBN 978-80-8063-257-1.

13. HAŠKOVCOVÁ, H., 2002. *České ošetřovatelství 10. manuálek sociální gerontologie*. Brno: IDV PZ, ISBN: 80-7013-363-5.
14. HUNT, J., WHITING, M., 1999. *A re-examination of the history of children's community nursing*. Paediatric Nursing, vol. 11, no. 4, pp. 33-36.
15. CHRÁSTKOVÁ, E., 2011. *Komunikace u osob s mentálním postižením*. [online]. 10.10.2011. Zdraví.euro.cz [cit. 2022-02-18]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/komunikace-u-osob-s-mentalnim-postizenim-461759>.
16. IVANOVÁ, K. et al., 2005. *Multikulturní ošetřovatelství*. Praha: Grada, ISBN: 80-247-1212-1.
17. JAROŠOVÁ, D., 2007. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. Praha: Grada, ISBN: 978-80-247-2150-7.
18. JIRÁKOVÁ, P., 2014. *Mentální postižení*, Alfabet [online]. 18. 02. 2014 [cit. 2022-01-21]. Dostupné z: <https://www.alfabet.cz/vyvojova-vada-u-ditete/typy-zdravotniho-postizeni/mentalni-postizeni/>.
19. JIRÁKOVÁ, P., 2014. *Fyzické postižení*, Alfabet [online]. 18. 02. 2014 [cit. 2022-01-26]. Dostupné z: <https://www.alfabet.cz/vyvojova-vada-u-ditete/typy-zdravotniho-postizeni/fyzicke-postizeni/>.
20. KAAKINEN, J.R. et al. 2009. *Family Health Care Nursing: Theory, Practice and Research*, 4th Edition, F. Philadelphia: A. Davis Company, ISBN: 978-0-8036-2166-4.
21. KNAPOVÁ, J., 2019. *Multikulturní péče*. [online]. [cit. 2021-12-4]. Dostupné z: <https://www.vovcr.cz/odz/zdrav/485/page00.html>.
22. KOVAŘÍKOVÁ, J., 2021. *Komunitní a domácí péče*, [online]. 12.2. 2021 [cit. 2022-01-20]. Dostupné z: <https://www.vovcr.cz/odz/zdrav/114/page00.html>.
23. KREJČÍŘOVÁ, O., 2007. *Manuál základních postupů jednání při kontaktu s osobami s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, ISBN: 978-80-244-1635-9. Dostupné také online z: <http://www.mikroregion-vsetinsko.cz/PIC/Manu%C3%A1l/Manu%C3%A1l%20-%20ment%C3%A1ln%C3%AD%20posti%C5%BEen%C3%AD.pdf>.
24. KUTNOHORSKÁ, J., 2010. *Historie ošetřovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3224-4.

25. KUTNOHORSKÁ, J., 2013. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-4413-1.
26. LEMON. 1996. *Učební texty pro sestry a porodní asistentky*. Brno: IDVPZ, 179 str., ISBN: 80-7013-234-5.
27. LÍŠKOVÁ, M. et al. 2006. *Základy multikulturního ošetrovatelstva*. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-216-2.
28. LOMAX. E., 1998. Small and Special: The Development of Hospitals for Children in Victorian Britain. *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 72, no. 2, pp. 336-338.
29. MACÁŠKOVÁ, Š., HLINOVSKÁ, A., TOŠNAROVÁ, H., 2014. *Primární a komunitní péče, text pro posluchače zdravotnických oborů. Vysokoškolská skripta – text k předmětu Primární a komunitní péče*, Praha: VŠZ, o. p. s., Duškova 7, ISBN 978-80-905728-7-4.
30. MATOUŠEK, O., 2013. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, ISBN: 978-80-262-0213-4.
31. MISCONIOVÁ, B., 1996. *Stručný průvodce domácí péčí*. Praha: Asociace domácí péče ČR, ISBN: neuvedeno.
32. NIES, M.A., McEWEN, M., 2015. *Community/Public Health Nursing*, Saunders, 6th Ed, ISBN 978-0323188197.
33. PLEVOVÁ, I. et al. 2019. *Ošetrovatelství II*. 2. přeprac. vyd. Grada: Praha. ISBN: 978-80-271-0889-3.
34. POKORNÁ, A. 2010. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-3271-8.
35. REMEŠ, R., TRNOVSKÁ, S. et al. 2013. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-4530-5.
36. RUSNÁK, M., 1997. *Podpora zdravia, Zdravotná výchova a životné prostredie*. In: Zborník mobilizácia komunit pre rozvoj zdravia a životného prostredia. USAID, str. 3-31.
37. SEIDLOVÁ, D., TOBIÁŠOVÁ, A., 2022. *Plán péče o pacienta odmítajícího krevní transfúzi*, Fakultní nemocnice Brno [online]. 2022 [cit. 2022-01-06]. Dostupné z: <https://www.akutne.cz/res/publikace/pl-n-p-e-o-pacienta-odm-taj-c-ho-krevn-transf-zi-seidlov-d.pdf>.

38. SIKOROVÁ, L., 2012. *Dětská sestra v primární a komunitní péči*. Praha: Grada, ISBN: 978-80-247-3592-4.
39. SRAŇKOVÁ, M., 2003. *Z historie charitativní a řadové ošetrovatelské péče*. In: *Mimořádná příloha časopisu Sestra 2003*, roč. 13, č. 6, s 1-16.
40. ŠÍN, R., 2017. *Medicína katastrof*. Praha: Galén, ISBN 978-80-7492-295-4.
41. ŠIMR, K., 2005. *Duchovní péče při mimořádných událostech, sborník ze semináře*. Plzeň: Diecézní charita Plzeň, ISBN: neuvedeno
42. ŠIŠKOVÁ, T. et al. 2001. *Menšiny a migranti v České republice*. Praha: Portál, ISBN: 80-7178-648-9.
43. ŠPIRUDOVÁ, L. et al., 2006. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha: Grada, ISBN: 80-247-1213-X.
44. ŠTĚTINA, J., 2014. *Zdravotnictví a integrovaný záchranný systém při hromadných neštěstích a katastrofách*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-4578-7.
45. TÓTHOVÁ, V., 2010 *Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-414-8.
46. VOTAVA, T., 2020. *Evakuace specializovaného zdravotnického zařízení, Časopis 112 ROČNÍK XIX ČÍSLO 2/2020*. [online] GŘ HZS ČR, HZS hl. m. Prahy, 2022 [cit. 2022-04-17] Dostupné z: <https://www.hzscr.cz/clanek/casopis-112-rocnik-xix-cislo-2-2020.aspx?q=Y2hudW09MTE%3D>
47. WINSOME. St J., KELEHER. H., 2006. *Community Nursing Practice: Theory, skills and issues*. London: Taylor & Francis, ISBN: 9781741140538.
48. ADRA, *Adventist Development and Relief Agency*. Wikipedia [online] 2022 [cit. 2022-01-29] Dostupné z: <https://cs.wikipedia.org/wiki/ADRA>.
49. ADRA, [online] 2022 [cit. 2022-01-29] Dostupné z: <https://adra.cz/>.
50. Bílý kruh bezpečí, [online] 2022 [cit. 2022-01-30] Dostupné z: <https://www.bkb.cz/>.
51. Česká biskupská konference, [online] 20.6.2005 [cit. 2022-04-17] Dostupné z: <https://www.cirkev.cz/archiv/050620-zastupci-cirkvi-se-skolili-v-pomoci-pri-nejestestich>
52. Český červený kříž, [online] 2022 [cit. 2022-01-30] Dostupné z: <https://www.cervenyriz.eu/>.
53. České sdružení obětí dopravních nehod, [online] 2022 [cit. 2022-01-30] Dostupné z: <https://www.csodn.cz/>.

54. Člověk v tísní, [online] 2022 [cit. 2022-02-03] Dostupné z: <https://www.clovekvtisni.cz/>.
55. Diakonie ČCE, [online] 2022 [cit. 2022-03-03] Dostupné z: <https://www.diakonie.cz/>.
56. Dlouhá cesta, *Pomoc pro všechny, kteří přežili své děti*, [online] 2022 [cit. 2022-03-04] Dostupné z: <https://www.dlouhacesta.cz/o-nas>.
57. Chatita – Česká republika, [online] 2022 [cit. 2022-03-06] Dostupné z: <https://www.charita.cz/>.
58. Ministerstvo zdravotnictví České republiky, *Traumatologické plány* [online]. 2016 [cit. 2022-02-02] Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/category/agendy-ministerstva/krizove-rizeni/traumatologicke-plany/>.
59. PČR, *Pomoc zasaženým osobám*. © 2021 Policie ČR [online]. [cit. 2022-02-18] Dostupné z: <https://www.policie.cz/clanek/pomoc-zasazenym-osobam.aspx>
60. Zákon č. 108/2006 Sb., Zákon o sociálních službách, ve znění platném k 31.3.2006.
61. Zákon č. 133/1985 Sb., Zákon České národní rady o požární ochraně, ve znění platném k 17.12.1985.
62. Zákon č. 201/2017 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění platném k 12.7.2017.
63. Zákon č. 239/2000 Sb., Zákon o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů, ve znění platném k 9.8.2000.
64. Zákon č. 240/2000 Sb., Zákon o krizovém řízení a o změně některých zákonů (krizový zákon), ve znění platném k 9.8.2000.
65. Zákon č. 273/2008 Sb., Zákon o Policii České republiky, ve znění platném k 11.8.2008.
66. Zákon č. 372/2011 Sb., Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění platném k 8.12.2011.
67. Zákon č. 374/2011 Sb., Zákon o zdravotnické záchranné službě, ve znění platném k 8.12.2011.

68. Vyhláška č. 240/2012 Sb. Vyhláška, kterou se provádí zákon o zdravotnické záchranné službě, ve znění platném k 4.7.2012.
69. Vyhláška č. 252/2019 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. [online]. [cit. 2021-01-12] Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55/zneni-20191019>.
70. Vyhláška č. 380/2002 Sb., Vyhláška Ministerstva vnitra k přípravě a provádění úkolů ochrany obyvatelstva, ve znění platném k 22.08.2002.
71. World Health Organization: *Community health nursing: report of a WHO expert committee*. Tech Rep Series No. 558. Geneva, 1974, WHO.

Seznam použitých obrázků

Obrátek 1 <i>Metoda START</i>	20
Obrátek 2 <i>Třídící a identifikační karta</i>	22
Obrátek 3 <i>Dokument pro lékařskou péči, žádnou krev – závazný pokyn pro lékaře</i> ...	45

Seznam použitých grafů

Graf 1 <i>Pohlaví</i>	52
Graf 2 <i>Věk respondentů</i>	53
Graf 3 <i>Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů</i>	54
Graf 4 <i>Pracoviště, kde v současné době respondenti pracují</i>	55
Graf 5 <i>Celková délka praxe respondentů ve zdravotnictví</i>	56
Graf 6 <i>Setkání se s pojmem komunitní péče u respondentů</i>	57
Graf 7 <i>Správné určení definice „komunitní péče“</i>	58
Graf 8 <i>Správné určení definice „komunity“</i>	59
Graf 9 <i>Četnost využití komunitní péče v praxi</i>	61
Graf 10 <i>Seznámení s pojmem komunitní péče a komunitní ošetrovatelství v průběhu studia.</i>	62
Graf 11 <i>Vyhodnocení odpovědí respondentů v otázce 11, v závislosti na vzdělání</i>	63
Graf 12 <i>Správné určení definice „mimořádné události“ dle zákona</i>	64
Graf 13 <i>Přednostní evakuace</i>	65
Graf 14 <i>Přítomnost zdravotníků na místě vzniku mimořádné události s výskytem většího množství osob jedné komunity</i>	66
Graf 15 <i>Priorita komunitních potřeb vedle zdravotní péče pro zdravotníky v případě vzniku mimořádné události s hromadným postižením osob nebo v případě nutnosti evakuace</i>	67
Graf 16 <i>Vypracování standardů pro komunitní ošetrovatelství na pracovišti</i>	69
Graf 17 <i>Složitost poskytování péče ve vybraných skupinách</i>	70
Graf 18 <i>Četnost výskytu pacientů s jazykovou bariérou v praxi</i>	71
Graf 19 <i>Dispozice tlumočnicka a dokumentů v cizích jazycích na pracovišti</i>	72
Graf 20 <i>Četnost požadavků pacientů na poskytnutí duchovní péče v praxi</i>	73
Graf 21 <i>Možnost poskytnutí duchovní péče na pracovišti</i>	74
Graf 22 <i>Pečování zdravotnického personálu o etnické a národnostních menšiny</i>	75
Graf 23 <i>Problémy při péči o pacienty z odlišných kulturních skupin</i>	76
Graf 24 <i>Odmítnutí ošetření nezletilého pacienta rodičem</i>	77
Graf 25 <i>Vyhodnocení odpovědí respondentů v otázce 7, závislosti na vzdělání. Zdroj: vlastní výzkum</i>	79

Graf 26 <i>Vyhodnocení odpovědí respondentů v otázce 8, závislost na vzdělání. Zdroj: vlastní výzkum</i>	80
Graf 27 <i>Vyhodnocení odpovědí respondentů v otázce 12, závislost na vzdělání. Zdroj: vlastní výzkum</i>	81
Graf 28 <i>Vyhodnocení odpovědí respondentů v otázce 13, závislost na vzdělání. Zdroj: vlastní výzkum</i>	82

Seznam příloh

Příloha 1 <i>Dotazník</i>	101
---------------------------------	-----

Seznam použitých zkratek

Atd.	a tak dále
ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
BKB	Bílý kruh bezpečí
č.	Číslo
ČČK	Český červený kříž
ČSODN	České sdružení obětí dopravních nehod
DMO	Dětská mozková obrna
EVAZZ	Evakuace zdravotnických zařízení
HZS	Hasičský záchranný sbor
IMP	Intermediární péče
IZS	Integrovaný záchranný systém
JIP	Jednotka intenzivní péče
JIRP	Jednotka intenzivní a resuscitační péče
KPR	Kardiopulmonální resuscitace
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
MU	Mimořádná událost
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
Např.	například
NIP	Následná intenzivní péče
Obr.	Obrázek
ORL	Otorhinolaryngologie
ORP	Obec s rozšířenou působností
PČR	Policie České republiky
UP	Urgentní příjem
WHO	Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)
ZOS	Zdravotnické operační středisko
ZZS	Zdravotnická záchranná služba

Příloha 1 – Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Barbora Kučerová a jsem studentkou magisterského studia, obor Civilní nouzová připravenost, na zdravotně sociální fakultě JCU v Českých Budějovicích.

Tímto bych Vás chtěla požádat o vyplnění dotazníku na téma: Komunitní přístupy ke zdravotní péči během a po mimořádných událostech, jehož výsledky použiji jako podklad k mé diplomové práci. Dotazník je určen pro zdravotnické pracovníky. Dotazník je anonymní a získaná data budou použita pouze pro účely diplomové práce.

Předem Vám děkuji za ochotu a spolupráci.

Barbora Kučerová

1. Pohlaví

- a) Muž
- b) Žena

2. Uveďte prosím Váš věk.

- a) Do 30 let
- b) 30-40 let
- c) 41-50 let
- d) Více než 50 let

3. Uveďte Vaše nejvyšší dosažené vzdělání.

- a) Středoškolské s maturitou
- b) Vyšší odborné (DiS.)
- c) Vysokoškolské – bakalářské
- d) Vysokoškolské – magisterské
- e) Vysokoškolské – doktorandské
- f) Lékařské (titul MUDr.)

4. Uveďte, kde v současné době pracujete.

- a) ZZS
- b) Urgentní příjem
- c) ARO
- d) JIP/JIRP
- e) Jiné, uveďte prosím

5. Uveďte celkovou délku Vaší praxe ve zdravotnictví.

- a) 0-5 let
- b) 6-10 let
- c) 11-15 let
- d) 16-25 let
- e) Více než 25 let

6. Setkal/a jste se někdy s pojmem komunitní péče?

- a) Ano
- b) Ne

7, Jaká z následujících možností definuje komunitní péči?

- a) Komunitní péče je soubor zdravotních služeb, které jsou poskytovány nemocným občanům a jejich rodinám. Komunitní péče je zaměřena především na nemocného jedince a vyhledávání dalších nemocných v jeho rodině a vychází z potřeb nemocného.
- b) Komunitní péče je poskytována praktickým lékařem při prvním kontaktu s daným pacientem. Jde o soubor zdravotních, sociálních a dalších služeb, které jsou poskytovány nemocným a zdravým občanům, rodinám, skupinám určité komunity.
- c) Komunitní péče je soubor zdravotních, sociálních a dalších služeb, které jsou poskytovány nemocným a zdravým občanům, rodinám, skupinám určité komunity. Komunitní péče je zaměřena na skupiny a celé komunity a činnosti vycházejí přímo z potřeb komunity.

8. Jaká z následujících možností definuje komunitu?

- a) Komunitou označujeme pouze malou skupinu lidí cca do 10 osob, které se navzájem znají a často bývají v příbuzenském vztahu.
- b) Komunita je sociální skupina determinovaná geografickými hranicemi a/nebo společnými hodnotami a zájmy. Její členové se navzájem znají a vzájemně se ovlivňují.
- c) Komunita je sociální skupina velkého počtu lidí se společnými hodnotami a zájmy. Její členové se navzájem většinou neznají.

9. Vypište, jaké komunity se podle Vašeho názoru vyskytují v nejvyšší míře na území ČR.

10, Setkali jste se někdy během své praxe s využitím komunitní péče?

- a) Ano, s využitím komunitní péče se setkávám běžně
- b) Ano, ale pouze výjimečně
- c) Ne

11, Byli jste již v průběhu vašeho studia seznámeni s pojmem komunitní péče a komunitní ošetrovatelství?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

12, Jak je dle zákona definována mimořádná událost?

- a) Škodlivé působení sil a jevů vyvolaných činnostmi člověka, přírodními vlivy a také havárie, které ohrožují život, zdraví, majetek nebo životní prostředí a vyžadují provedení záchranných a likvidačních prací.
- b) Škodlivé působení sil a jevů vyvolaných činnostmi člověka, které ohrožují život, zdraví a vyžadují provedení záchranných prací.
- c) Škodlivé působení sil a jevů vyvolaných přírodními vlivy, které ohrožují majetek nebo životní prostředí a vyžadují provedení likvidačních prací.

13, Evakuace se přednostně plánuje pro následující skupiny obyvatelstva:

- a) Děti do 15 let a jejich zákonné zástupce, pacienty ve zdravotnických zařízeních a

osoby zdravotně postižené

- b) Děti do 15 let, pacienty ve zdravotnických zařízeních, osoby umístěné v sociálních zařízeních, osoby zdravotně postižené, doprovod těchto osob
- c) Osoby se zdravotním a mentálním postižením, včetně jejich doprovodu
- d) Pouze děti do 18 let

14, Byli jste někdy přítomni jako zdravotníci na místě vzniku mimořádné události s výskytem většího množství osob jedné komunity? (např. romské etnikum, ústav sociální péče, domov důchodců atd.)

- a) Ano
- b) Ne

15, Jsou pro vás, jakožto zdravotníka, prioritní komunitní potřeby vedle zdravotní péče v případě vzniku mimořádné události s hromadným postižením osob nebo v případě nutnosti evakuace?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

Vypište, jaké komunitní potřeby si pod tímto představujete.

16, Má vaše zdravotnické zařízení/organizace vypracované standardy pro komunitní ošetřovatelství?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

17, U kterých z níže uvedených skupin je pro Vás poskytování péče nejsložitější? (z hlediska poskytování zdravotní péče, komunikace, spolupráce s rodinou a specifických požadavků atd.) – můžete zvolit více možností

- a) Děti
- b) Senioři
- c) Sluchově postižení
- d) Zrakově postižení/nevidomí
- e) Tělesně postižení
- f) Mentálně postižení

18, Jak často se během své práce setkáváte s pacienty s jazykovou bariérou?

- a) Velmi často (minimálně 1x za týden)
- b) Často (minimálně 1x za měsíc)
- c) Jen výjimečně
- d) Neseťkávám

19, Má vaše zdravotnické zařízení/organizace k dispozici tlumočnicka a dokumenty (např. informovaný souhlas/revers) v cizích jazycích?

- a) Ano

- b) Ne
- c) Nevím

20, Jak často se u pacientů setkáváte s požadavkem na poskytnutí duchovní péče?

- a) Velmi často (minimálně 1x za týden)
- b) Často (minimálně 1x za měsíc)
- c) Jen výjimečně
- d) Neseťkávám

21, Nabízí vaše zdravotnické zařízení/organizace možnost poskytnutí duchovní péče?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

22, Domníváte se, že je důležité, aby zdravotnický personál během poskytování péče u kulturně odlišných skupin – etnické a národnostní menšiny, dbal na jejich odlišnosti?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

23, S jakými problémy se nejčastěji setkáváte při péči o pacienty z odlišných kulturních skupin (etnické a národnostní menšiny) – můžete zvolit více možností

- a) Jazyková bariéra
- b) Agresivita ze strany pacientů nebo rodiny
- c) Nerespektování nebo odmítání léčebného postupu
- d) Nesplnitelné požadavky odlišné kultury a zvyků pacientů nebo rodiny
- e) Jiné, uveďte.....

24, Setkali jste se během své praxe s případem, kdy rodič odmítl ošetření (vyšetření, RTG, CT, podání transfuze atd.) u nezletilého pacienta?

- a) Ano, jaké
- b) Ne